

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade à Distância  
Turma nº5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e  
Diabetes mellitus nas ESF Carnaubinha e Perobas, Município de Touros/RN**

**Dmytro Petruk**

**Pelotas, 2015**

**Dmytro Petruk**

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nas ESF Carnaubinha e Perobas, Município de Touros/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Sabiny Pedreira Ribeiro

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

P498m Petruk, Dmytro

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus nas ESF Carnaubinha e Perobas, Município de Touros/RN / Dmytro Petruk; Sabiny Pedreira Ribeiro, orientador(a); Fabiana Vargas Ferreira, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ribeiro, Sabiny Pedreira, orient. II. Ferreira, Fabiana Vargas, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família e a todos que me ajudaram e apoiaram.

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer em primeiro lugar a Deus, a minha família e a minha orientadora Sabiny Pedreira e a todos que de alguma forma participaram no desenvolvimento deste trabalho.

## Resumo

Dmytro Petruk, **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus nas ESF Carnaubinha e Perobas, Município de Touros/RN**. 2015. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são responsáveis pela primeira causa de morbimortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde e representam um grave problema de saúde pública. O presente trabalho de intervenção teve como objetivo geral melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes nas UBS/ESF de Carnaubinha e de Perobas em Touros/RN. Antes da intervenção, a cobertura estava em torno de 40% para a HAS e 50% para a diabetes, pois eram apenas 160 usuários com HAS cadastrados de uma estimativa de 374 hipertensos e 51 usuários com DM de uma estimativa de 99 diabéticos. Estabelecemos como meta cadastrar 60% dos usuários da área com hipertensão e 60% dos usuários com diabetes. A intervenção foi realizada durante três meses, contemplando as ações realizadas nos quatro eixos da intervenção, e permitiu alcançar melhorias significativas na ação programática, com aumento do indicador de cobertura e melhoria dos indicadores de qualidade. Conseguindo cadastrar 187 (63%) usuários com hipertensão e 61 (62%) usuários com diabetes. Na intervenção foram usados os protocolos do Ministério da Saúde: “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica- Caderno de Atenção Básica nº 37, 2013”; e “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus – Caderno de Atenção Básica nº 36, 2013”.

Os instrumentos usados na intervenção foram: Ficha de espelho e Planilha de coleta de dados. Para os indicadores de qualidade, alcançamos 100% dos com exame clínico em dia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, registro adequado na ficha de acompanhamento, busca ativa, estratificação de risco cardiovascular e orientações de promoção e educação em saúde. Os outros indicadores, apesar de ficarem abaixo de 100%, apresentaram melhoras significativas ao longo da intervenção. Além disso, também houve melhoria da atenção à saúde dos usuários na UBS, através do acolhimento efetivo, atenção integral e trabalho multidisciplinar. A ação programática está incluída na rotina de serviço de nossa área de atuação devemos continuar melhorando a atenção à

saúde destes usuários para redução das morbimortalidades e complicações devido a essas doenças.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Doenças Crônicas; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da Proporção da Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso na UBS.	48
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.	49
Figura 3	Gráfico da Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	50
Figura 4	Gráfico da Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	50
Figura 5	Gráfico da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	52
Figura 6	Gráfico da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	53
Figura 7	Gráfico da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.	54
Figura 8	Gráfico da Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.	55
Figura 9	Gráfico da Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	56
Figura 10	Gráfico da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	57
Figura 11	Gráfico da Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	58
Figura 12	Gráfico da Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	59
Figura 13	Gráfico de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	60
Figura 14	Gráfico da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	61
Figura 15	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	62
Figura 16	Gráfico da Proporção de diabéticos com orientação nutricional	62



	sobre alimentação saudável.	
Figura 17	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.	63
Figura 18	Gráfico da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	64
Figura 19	Gráfico da Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre o tabagismo.	65
Figura 20	Gráfico da Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre o risco do tabagismo.	66
Figura 21	Gráfico da Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.	67
Figura 22	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.	67

**Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.**

ACS	Agente comunitário da Saúde.
APS	Atenção Primária em Saúde.
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
EaD	Especialização à Distância.
ESB	Equipe de Saúde bucal.
ESF	Estratégia da Saúde da Família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HIPERDIA	Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
MS	Ministério de Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas.
UNASUS	Universidade Aberta do SUS.

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	17
2. Análise Estratégica.....	18
2.1 Justificativa.....	18
2.2 Objetivos e metas.....	20
2.2.1 Objetivo geral .....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Detalhamento das ações .....	22
2.3.2 Indicadores .....	34
2.3.3 Logística.....	39
2.3.4 Cronograma .....	42
3 Relatório da Intervenção.....	43
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	46
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	47
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	47
4 Avaliação da intervenção.....	48
4.1 Resultados .....	48
4.2 Discussão.....	69
5 Relatório da intervenção para gestores .....	71
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	75
Referências .....	77
Anexos .....	78

## **Apresentação**

O volume apresentado é o trabalho de conclusão de curso de especialização em Saúde da Família-Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho é uma intervenção com objetivo de melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus nas UBS/ESF Carnaubinha e Perobas, Município de Touros/RN.

Na intervenção foram usados os protocolos do Ministério da Saúde: “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica- Caderno de Atenção Básica nº 37, 2013”; e “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus – Caderno de Atenção Básica nº 36, 2013”.

Os instrumentos usados na intervenção são: Ficha de espelho e Planilha de coleta de dados.

Este volume está estruturado em sete capítulos.

O primeiro capítulo refere-se à Análise Situacional, a qual faz referência às condições estruturais da unidade, a análise do processo de trabalho da equipe, a organização das ações programáticas, bem apresenta as características do município da rede de serviços de saúde. O segundo capítulo refere-se ao projeto de intervenção construída na unidade. Análise estratégica, o qual apresenta os objetivos, metas, ações, indicadores, a logística e o cronograma da intervenção. O terceiro capítulo apresenta o Relatório da Intervenção, onde são descritas todas as ações realizadas ou não, as dificuldades enfrentadas e a incorporação da intervenção à rotina da equipe. O quarto capítulo apresenta os resultados da intervenção bem como a análise desses resultados, avaliando as ações que contribuíram ou dificultaram o alcance das metas, bem como a discussão da intervenção, apresentando a importância que foi desenvolvê-la. O quinto e sexto capítulos apresentam os relatórios para os gestores e para a comunidade, respectivamente. E o sétimo e último capítulo, apresenta uma Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizado. Por fim, estão as referências, apêndices e anexos do trabalho. Boa leitura.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Este trabalho foi realizado em duas unidades de saúde: Carnaubinha e Perobas, que pertencem ao município de Touros no estado do Rio Grande do Norte. Carnaubinha e Perobas estão situadas na região litorânea do município e os habitantes são pescadores, marisqueiros e agricultores. Neste território existem 1,700 habitantes cadastrados nos postos de saúde.

A unidade de Saúde de Carnaubinha é uma casa alugada que foi adaptada para ser um posto de saúde, com uma iluminação fraca e insuficiente, que no final do dia de trabalho causa certo cansaço na vista. Há uma sala que funciona como consultório médico, o qual possui uma mesa e uma maca e o ar condicionado é muito antigo, fazendo muito barulho que dificultando auscultar os usuários e não refresca bem o ambiente. Além do consultório médico, temos uma sala para o dentista, uma sala para a enfermeira e uma sala que serve como farmácia. Os curativos são realizados num corredor sem as menores condições para tratar de feridas infectadas e que, muitas vezes, o usuário tem que despir a roupa sem a menor privacidade e com alto risco de contaminação, já que este corredor/sala de curativos também serve de sala de recepção.

A unidade de saúde de Perobas é um prédio novo, recém-construído composto por sala médica, sala de enfermagem e sala de recepção (onde fazem também os curativos) e a farmácia. Com relação aos equipamentos, que são quase inexistentes, temos um aparelho sonar (só um para 2 postos de saúde), e dois aparelhos para medir a glicemia no sangue capilar.

A equipe é constituída por uma enfermeira, um dentista, três técnicas de enfermagem e cinco agentes comunitários de Saúde (ACS). Os Agentes comunitários têm um bom vínculo com a população. Nos primeiros 2 a 3 meses, desde que iniciei o meu trabalho aqui no Brasil nestas unidades de saúde, atendi basicamente demandas espontâneas, atendimento em domicílios e, durante este tempo, também realizei atendimentos na escola do município para observar as crianças. Os 3 meses iniciais do meu trabalho foram basicamente para a adaptação e serviram para perceber como funcionam as unidades de saúde. A imagem que ficou dos colegas que trabalharam anteriormente a mim nestas unidades de saúde é

que atendiam um número muito elevado de usuários e só pela manhã e sempre o mesmo grupo de usuários frequentadores assíduos das Unidades. Dessa forma, não havia um planejamento do trabalho para buscar os diferentes grupos nas comunidades.

Diante disso, eu pretendo fazer muitas mudanças no processo de trabalho, meu e da equipe. Algumas mudanças já foram feitas desde que eu iniciei o trabalho, houve construção da minha agenda, falei com os membros da equipe e remodelei o atendimento: demanda espontânea, demandas programáticas e estamos convocando os usuários com doenças crônicas como hipertensos e diabéticos que raramente vão a consulta para serem monitorados. Ainda, preciso fazer o controle das gestantes, crianças e idosos. Sei que tenho um longo percurso pela frente, mas estou muito otimista, pois conto com a minha equipe e tenho uma certa experiência na atenção primária de outros países onde já trabalhei.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional.**

Touros é um município do Estado do Rio Grande do Norte e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) possui uma população total residente de 31.089 habitantes dos quais 16.068 são do sexo masculino (51,68%) e 15.021 são do sexo feminino (48,31%), sendo que 7.922 vivem na área urbana (25,48%) e 23.167 na área rural (74,51%). Possui índice de pobreza de 51,50%. A principal atividade econômica é a agricultura com destaque especial a produção de abacaxi, seguido da pesca e do turismo.

O município de Touros contém 15 unidades básicas de saúde (UBS) com 15 equipes de saúde da família (ESF), ou seja, todas funcionam no modelo da saúde da família. Possui duas equipes do núcleo de apoio à saúde da família (NASF) com especialidades em: nutrição, fisioterapia, educação física e assistência social. O município de Touros não possui disponibilidade de centro de especialidades odontológicas (CEO). A rede especializada é composta com a Maternidade Januário Cico, o Hospital Santa Catarina, o Hospital Universitário Onofre Lopes, a Liga Riograndense de Luta contra o Câncer, o hospital especialista em traumas - Hospital Walfredo Gurgel e um centro de especialidade com os seguintes especialistas em: pediatria, oftalmologia, cardiologia, cirurgia, ginecologia e obstetrícia. Os exames

complementares são realizados no laboratório do Hospital de Touros e Clínicas privadas

As minhas unidades de saúde Carnaubinha e Perobas estão localizadas na zona rural do município de Touros. São vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e abrangem uma população de 1,700 habitantes, sendo 827 homens e 873 mulheres. Está distribuída da seguinte forma: 511 na faixa etária de 0 a 15 anos, 1.086 na faixa etária de 16 a 64 anos e 103 acima de 64 anos.

As UBS de Carnaubinha e Perobas contém uma única equipe de saúde composta por um médico, um dentista, um enfermeiro, um auxiliar de higiene bucal, três técnicos de enfermagem, um técnico de higiene bucal e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). A maioria dos membros da equipe é composta por pessoas que vivem na comunidade e, como é um meio rural, quase todas as pessoas se conhecem, o que traz algumas vantagens, pois sempre que são chamados a um domicílio respondem com rapidez, a desvantagem é que nas marcações das consultas os amigos estão sempre em primeiro lugar, criando uma clientela constante.

As atribuições da equipe são basicamente diversas. O médico faz os atendimentos nas consultas e nos domicílios, a enfermeira realiza exame citopatológico com marcação prévia, vacinação e também faz consulta e visitas domiciliares. Os técnicos fazem os curativos, medem a pressão arterial, pesam os usuários, entregam os medicamentos e outros trabalhos burocráticos com os papéis. Os agentes realizam as visitas domiciliares e as buscas ativas quando há indicação médica. As minhas unidades realizam atendimento em escolas do município e neste tipo de intervenção se desloca a equipe completa.

No momento o atendimento está aquém do desejado uma vez que não existia na unidade um médico com dedicação exclusiva para a unidade. Esta situação se mantém porque eu tenho que me dividir em duas unidades ficando dois dias em cada uma, criando um acúmulo de usuários a espera de consultas. As unidades têm uma enfermeira chefe que deve olhar para as deficiências em tempo integral.

Atualmente temos um cadastro desatualizado, uma agenda programática muito deficiente e o acolhimento, apesar dos usuários serem conhecidos, é basicamente uma triagem para o atendimento médico. No caso dos usuários nos estados agudos, como por exemplo, crianças com febre alta e pessoas com crise

hipertensiva, são atendidos de imediato, recebem a medicação, ficam sob observação e, no caso de uma resposta deficiente, estes usuários são logo encaminhados para o Hospital de Touros através das ambulâncias ou carro municipal. Nas unidades o atendimento é realizado quando existem queixas, ou seja, é focado na demanda espontânea.

Em relação às ações programáticas – Saúde da Criança - é importante que toda a equipe esteja atuante de forma esclarecida e empenhada para que ocorra a motivação e acolhimento duradouro desde a primeira semana de vida até o mais longo possível. Dessa forma, assim que os ACS têm o conhecimento do nascimento de qualquer criança da área de abrangência é realizado por parte da equipe uma visita domiciliar para avaliar o estado de saúde da mãe e da criança. Essa criança tem sua segunda consulta agendada para a unidade, para que se possa fazer o seu acompanhamento, realizar o teste do pezinho e das primeiras vacinas. Com relação aos indicadores de qualidade, estes são realizados pela enfermeira e dentista e estão em torno de 100% de cobertura, pois na área temos 24 crianças todas acompanhadas. As crianças com que tenho contato chegam até a mim com queixas, normalmente num processo de doença, uma vez que na unidade não possui um pediatra. São encaminhadas pela enfermeira ou pela recepção após acolhimento.

O acompanhamento de pré-natal é realizado através de duas consultas por mês, sendo uma consulta médica e a outra consulta de enfermagem visando à avaliação da pressão arterial, presença de edemas, altura uterina, batimentos cardíofetais e movimentos do feto, medição do peso e índice de massa corporal, seguindo as orientações do protocolo de atendimento do Ministério da Saúde que sugere o procedimento de atendimento onde é definido a idade gestacional, avaliação nutricional, a elaboração do cartão da gestante, o calendário de vacinas e suas orientações sobre o mesmo, com solicitação de exames de rotina e o calendário de consultas. O acompanhamento da gestante feito no domicílio e também segue as recomendações do MS, com até 42 dias pós-parto. Normalmente as gestantes estão muito interessadas no seu estado de saúde e são as próprias que procuram a unidade e fazem o seu seguimento de forma organizada, quando isto não acontece são os ACS que fazem a captação das gestantes não inscritas no programa e vão ao domicílio onde são estimuladas a fazer o acompanhamento pré-natal. Os indicadores de qualidade estão em 100% uma vez que na área temos 25 gestantes estimadas e todas acompanhadas. No que se refere ao atendimento da



puérpera esta é informada ainda no pré-natal que deverá ter um retorno para consulta logo na primeira semana após o parto. O ACS informa a equipe a cerca da necessidade da visita domiciliar. Esta visita domiciliar é realizada pelo ACS, médico e enfermeiro na primeira semana após a alta e é avaliado o estado de saúde da mulher e do recém nascido, é verificado a existência de dor, febre, fluxo vaginal, são examinados o abdomen, o útero, os genitais externos e, as mamas são fornecidas orientações para amamentação, para os cuidados com o recém nascido e também é abordado o planejamento familiar, higiene, alimentação.

Não sabemos a cobertura do puerpério, por falta de registro do mesmo nas duas UBS.

No que se refere ao controle do câncer de colo de útero e da mama o rastreio é realizado pela enfermeira que faz a coleta de exame citopatológico e exame clínico das mamas. No decorrer das consultas, o médico também faz o exame clínico das mamas, solicita mamografias, ultrassonografia e exames complementares como, por exemplo, colposcopia. O médico examina e avalia os resultados dos exames, os sinais e sintomas relacionados aos cânceres se houver necessidade realiza os encaminhamentos aos serviços de referência em diagnóstico e tratamento do câncer.

Normalmente são sempre as mulheres que recorrem a unidade quando elas estão interessadas em realizar o preventivo ou apresentam algumas queixas e não há uma busca dessas mulheres na área. Não há uma boa cobertura, pois segundo os dados preenchidos no caderno de ações programática, apenas 50% das mulheres de 25 a 64 anos apresentam exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia ou seja 211 do total de 422 que estão cadastradas na unidade. São raras as que cumprem os prazos determinados para realização dos exames e muitas recorrem ao exame citopatológico com o objetivo de diagnosticar uma eventual infecção ginecológica que, por vergonha ou qualquer outra razão, não dizem claramente. Quando os resultados do exame citopatológico dão positivos de imediato, ou seja, logo após o diagnóstico, estas mulheres são encaminhadas às unidades especializadas no caso para a Liga Riograndense de luta contra o câncer e normalmente perde-se o contato com elas.

Pensando nestas pequenas unidades de saúde, fica claro que o agente comunitário tem sempre o papel fundamental de vigilância e de acompanhar os

usuários de forma mais próxima e se necessário levá-las até a unidade ou até mesmo agendar uma visita domiciliar.

Em relação a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus, como não há protocolos de atendimento e precisamos trabalhar muito nesta área, estamos num processo de reorganização com a criação de um novo registro. O monitoramento dos hipertensos descontrolados é realizado duas vezes na semana com a medição da pressão arterial e ajuste da medicação, quando surgem casos de usuários com crise hipertensiva estes são medicados na unidade e ficam em observação, no caso de um resultado insatisfatório este é encaminhado para o hospital. No decorrer das consultas, é solicitado um eletrocardiograma, análises laboratoriais e é encaminhado para o cardiologista e oftalmologista. Quanto aos usuários com diabetes que surgem na unidade, é realizado exame clínico, pedidos de análises laboratoriais, encaminhamento para oftalmologista e nutricionista.

Logo no princípio do meu trabalho nas UBS, foi notória a ausência de um programa de controle da HAS e DM organizado e estruturado, a qual apresentava uma lista de hipertensos e diabéticos desatualizada. Os usuários com HAS e DM encontram-se com um acompanhamento deficiente da doença. Não há um caderno de ação programática, inclusive a ação não é feita de forma programática, e muitas vezes os usuários buscam a UBS apenas para receberem o medicamento ou quando estão num estado de *agudização* das doenças ou por qualquer outra razão que não seja a HAS e DM. Outra dificuldade encontrada é ausência de informação no prontuário do usuário, quando examino um usuário pela primeira vez sinto a falta dos dados anteriores que não estão prescritos no prontuário do usuário como, por exemplo, os resultados de exames anteriores. Vi que muitos usuários tinham sido atendidos há um ano e que a caderneta da HAS e DM estava desatualizada, pois havia medicamentos anotados anteriormente que já tinham sido substituídos sem a devida correção na caderneta. A cobertura atual para a HAS e DM na UBS, de acordo com o CAP, está em torno de 40% para a HAS e 50% para a diabetes, pois são apenas 160 usuários com HAS cadastrados de uma estimativa de 374 hipertensos e 51 usuários com DM de uma estimativa de 99 diabéticos.

O atendimento do idoso é realizado quando surgem às queixas ou os pedidos de visita domiciliar que são imediatamente atendidas. Não existe protocolo de atendimento e todos os idosos inscritos na unidade possuem a caderneta do

idoso que quase nunca fica esquecida, nela é feito o controle de peso, pressão arterial, diabetes, ajuste da medicação e, o novo agendamento de consulta. De acordo com o CAP a cobertura está em torno dos 100%, pois contamos com uma estimativa de 181 idosos com mais de 60 anos residentes na área. Por se tratar de uma zona rural existe alguma dificuldade de acesso aos transportes públicos, esta dificuldade de locomoção associado ao abandono acabam por criar dificuldades na aquisição das medicações e o seu correto uso. É uma área bem difícil no que se refere as condições de vida dos idosos pois encontramos uma conjunção de fatores como analfabetismo, pobreza, abandono e inacessibilidade em conjunto com os problemas de saúde comuns a idade. Não foi possível obter os indicadores da atenção uma vez que na unidade os registros do acompanhamento do idoso são muito deficientes e incompletos.

As estratégias do momento são reformular a unidade e toda a forma de registro, atualizá-los e deixá-los de forma que toda a informação esteja clara e que seja possível detectar os faltosos. Organizar campanhas de orientação sobre a prevenção de doenças, para que possa existir uma consciência coletiva sobre o papel fundamental do rastreio, convocar os faltosos das doenças crônicas e ter o acompanhamento bem próximo das mulheres que ainda não fizeram o rastreio do câncer do colo do útero. E num futuro próximo ter todos os elementos para que possamos avaliar os indicadores de qualidade.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

O texto inicial reflete as primeiras impressões do ambiente de trabalho de sua organização e estrutura física, o qual ficou muito centrado nas questões físicas da unidade. Com o decorrer da unidade Análise Situacional, foi possível perceber que além das questões físicas existe toda uma análise do processo de trabalho e do funcionamento estratégias de saúde da família, com o objetivo de obter uma melhoria nos cuidados de saúde da população, com promoção de cuidados de saúde, prevenção, tratamento e adesão.

As más condições físicas e estruturais como, por exemplo, falta de medicamentos são um fator de impedimento da funcionalidade só que não podemos

ficar retidos nesta situação, parar e cruzar os braços, porque temos uma equipe de profissionais e uma população carente necessitando de atenção e cuidados .

Estamos num processo de reformulação e organização, que foi iniciado há pouco tempo e acredito que a leitura de todo o material de apoio me deu uma nova forma de ver e de querer organizar o trabalho de uma maneira mais clara para o bem de todos nós integrantes da equipe e usuários da unidade.

## **2.Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A ação programática escolhida para realizar a intervenção nas ESF de Carnaubinha e Perobas, no município de Touros, foi o Controle da Hipertensão (HAS) e Diabetes (DM). Esta ação programática é importante porque a HAS e a DM são doenças crônicas que se configuram em risco para diversas outras doenças e complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renal, causando sérios danos à saúde da população portadora dessas doenças, podendo levar ao óbito (BRASIL, 2013). Dessa forma, é fundamental melhorar a atenção aos portadores dessas doenças, de modo a controlar os níveis pressóricos e glicemia, bem como melhorar a qualidade de vida e prevenir as complicações.

De acordo com dados da Sociedade Brasileira e Hipertensão, a prevalência da HAS na população brasileira varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), sendo que na população idosa esse número é ainda maior, chegando a mais de 50% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Já para a DM, de acordo com o Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, a prevalência de diabetes referida na população acima de 18 anos era de 5,6% neste ano. As ações programáticas voltadas para o controle da HAS e DM no âmbito da Estratégia de Saúde da Família ajudam na detecção dos portadores dessas doenças, no melhor acompanhamento dos usuários, na redução das complicações pelo controle das doenças, e consequentemente na redução da mortalidade ou incapacidades causadas pela HAS e DM.

As minhas UBS de Carnaubinha e Perobas atendem a uma área rural com uma população de 1,700 habitantes . As atividades mais encontradas são agricultura e pesca. Como se trata de uma população carente ela apresenta um nível mais baixo de escolaridade e conhecimento, ocorrendo um grau mais acentuado de subnutrição ou má nutrição e alcoolismo, contribuindo para casos de diabetes e hipertensão.

A cobertura atual para a HAS e DM nas UBS Carnaubinha e Perobas, de acordo com o CAP, está em torno de 40% para a HAS e 50% para a diabetes, pois são apenas 160 usuários com HAS cadastrados de uma estimativa de 374 hipertensos e 51 usuários com DM de uma estimativa de 99 diabéticos. Logo no princípio do meu trabalho na UBS, foi notória a ausência de um programa de controle da HAS e DM organizado e estruturado. Os usuários com HAS e DM se encontravam sem o tratamento e controle adequado da sua doença. Não havia o cadastro dos usuários na ação programática, inclusive a ação não era feita de forma programática, e muitas vezes os usuários buscavam a UBS apenas para receberem o medicamento.

Como já referi anteriormente, as unidades de Carnaubinha e Perobas são deficientes em meios de diagnóstico e contam com as farmácias que apresentam faltas na medicação. Contém uma única equipe de saúde composta por um médico, uma dentista, um enfermeiro, um auxiliar de higiene bucal, três técnicos de enfermagem, um técnico de higiene bucal e cinco agentes comunitários de saúde.

Para conseguir uma boa intervenção e melhorar a ação programática, depende do apoio a participação de toda equipe, pois, caso isso não ocorra, será uma das dificuldades na etapa da intervenção. Espero que o resultado da intervenção nesta população alvo permita reduzir a morbimortalidade, prevenir complicações das doenças, realização de cadastros de novos usuários, incentivar na adoção de um estilo de vida mais saudável por parte da população, com hábitos que elimine ou reduza os fatores de risco para complicação das doenças. A ideia da intervenção é conseguir um bom resultado no controle da HAS e DM, com ações de promoção, prevenção, avaliação dos riscos e não apenas de tratamento das doenças.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e diabetes nas ESF de Caraubinha e Perobas, no município de Touros, RN.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo nº 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos na UBS.

Metas:

1.1 Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 60% diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo nº 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

Metas:

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo nº 3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

Metas:

3.1. Buscar 100% dos hipertensos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada pelo MS.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada pelo MS.

Objetivo nº 4. Melhorar o registro das informações sobre hipertensos e diabéticos.

Metas:

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

4.2.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo nº 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

Metas:

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo nº 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos na área de abrangência.

Metas:

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas nas Unidades de Saúde da Família (USF) Caraubinha e Perobas, no Município de Touros/RN. Participarão da intervenção 187 hipertensos e 61 diabéticos com 20 anos ou mais. A metodologia seguida nesta intervenção será o seguimento dos protocolos do Ministério da Saúde: “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica- Caderno de Atenção Básica nº 37, 2013”; e “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus – Caderno de Atenção Básica nº 36, 2013”.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo nº1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas:

1.1 Cadastrar 60%, dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus das unidades de saúde.

1.2 Cadastrar 60% diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus das unidades de saúde.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 1.1: Monitorar o número de Hipertensos e Diabéticos cadastrados no programa de atenção à Hipertensão e Diabetes *Mellitus* da unidade.

Detalhamento: O monitoramento do acompanhamento dos usuários com HAS e DM será realizado pelo médico e enfermeiro da equipe através dos registros do prontuário Clínico, ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço



Ação 1.2: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: O registro dos hipertensos e diabéticos durante as consultas será realizado através da ficha espelho, onde estará descrito análises, terapêutica e, controle de faltas.

Ação 1.3: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e da DM.

Detalhamento: O acolhimento dos usuários será realizado por todos os profissionais da UBS, todos os dias, sempre que qualquer usuário com suspeita ou diagnóstico confirmado das doenças procure a unidade.

Ação 1.4: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: O material necessário será viabilizado por meio de conversas com a gestão, com intuito de que possam garantir a disponibilidade dos materiais na UBS.

Eixo: Engajamento Público

Ação 1.5: Informar a comunidade sobre a existência do programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: A informação será prestada no decorrer das consultas, de forma individual, palestras e, também com informativos anexados na unidade.

Ação 1.6: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento: Esta informação será efetuada durante as palestras educativas que serão realizadas na unidade e, por parte da equipe durante as visitas domiciliares.

Ação 1.7: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/ 80mmHg.

Detalhamento: A orientação ocorrerá durante as consultas médicas, nas palestras e, nas visitas domiciliares

Ação 1.8: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: No decorrer da intervenção toda a equipe vai orientar, a respeito dos fatores de risco, e promover hábitos saudáveis como por exemplo

práticas esportivas, alimentação saudável, abandono do tabagismo, e consumo de álcool.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica

Ação 1.9: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Os ACS são capacitados para o cadastramento, mas antes de iniciar a intervenção será realizada uma reunião, onde iremos ter uma ação de formação e esclarecimentos para identificar os hipertensos na sua área de atuação.

Ação 1.2.0: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: A capacitação da equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa terá como base o seguimento das normas do protocolo, que descreve de forma sistemática todos os passos a seguir.

.Ação 1.2.1: Capacitar a equipe da unidade de saúde para a realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

Detalhamento: A equipe terá a informação para que seja efetuado o hemoglicoteste a todos os adultos que se enquadrem neste grupo.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas:

2.1. R 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Eixo: Monitoramento e Avaliação

Ação 2.0: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos

Ação 2.1: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

Ação 2.2: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Nas ações 2.0, 2.2 e, 2.2 - O monitoramento será realizado pelo médico ou enfermeiro através da ficha espelho.

Ação 2.3: Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA.

Detalhamento: O monitoramento é realizado pelo enfermeiro que controla todos os medicamentos da unidade.

Eixo. Organização e Gestão do Serviço.

Ação 2.4: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: As atribuições de cada membro já estão definidas de acordo com as funções de cada um no protocolo.

Atribuições do médico: história clínica, exame físico, avaliação de exames complementares, encaminhamentos para a especialidade, tratamento,

Atribuições do enfermeiro consulta de acompanhamento de usuários com HTA e DM.

Os técnicos de enfermagem realizam as medições de peso, altura, pressão arterial, hemoglicoteste, temperatura corporal.

Ação 2.5: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde

Detalhamento: Teremos uma formação de apresentação onde iremos estudar o protocolo e de acordo com as normas definidas no protocolo, serão destinadas as funções de cada membro

Ação 2.6: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: teremos ações de formação com periodicidade semanal.

Ação 2.7: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: O protocolo já está disponível na unidade para toda a equipe.

Ação 2.8: Garantir a solicitação dos exames complementares

Detalhamento: Os exames complementares são sempre solicitados pelo médico e pelo enfermeiro.

Ação 2.9: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Foi solicitado ao gestor municipal, mais concretamente a secretária de saúde, uma resposta mais rápida e eficiente para a realização dos exames complementares.

Ação 2.1.0: Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: As fichas espelho dos usuários servirão como sistemas de alerta, pois serão revistas com regularidade, e as que tem alguma pendência ficarão separadas das demais.

Ação 2.1.1: Realização controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: A realização de controlo do estoque dos medicamentos necessários fica a cargo do enfermeiro chefe, e sua distribuição pelos técnicos.

Ação 2.1.2: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: O registro das necessidades é realizado pelo enfermeiro.

Eixo: Engajamento Público:

Ação 2.1.3: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: A orientação é dada no decorrer das consultas e visitas domiciliares, mas também serão realizadas palestras para a comunidade.

Ação 2.1.4: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade e periodicidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Durante as consultas, visitas domiciliares e palestras os usuários serão informados sobre as necessidades e periodicidade dos exames complementares.

Ação 2.1.5: Orientar os usuários e a comunidade ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e as possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Os usuários e a comunidade já são informados acerca do acesso a medicação e possíveis alternativas, mas no decorrer da intervenção, esta informação terá um informativo anexado na unidade.

Eixo Qualificação da prática clínica.

Ação 2.1.6: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado nos usuários com hipertensão e diabetes.

Ação 2.1.7: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares nos usuários com HAS e Diabetes.

Ação 2.1.8: Realizar atuação do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Ação 2.1.9: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: A capacitação da equipe será obtida através de ações de formação onde iremos estudar e pôr em prática o protocolo, pois é nele que estão contidos todos os exames complementares, o que devemos abordar durante o exame clínico. A equipe terá toda a orientação no sentido de tratar e orientar o usuário.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas:

3.1. Buscar 100% dos hipertensos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada pelo MS.

3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada pelo MS.

Eixo Monitoramento e avaliação.

Ação 3.1: Monitorar a cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) para usuários com HAS e Diabetes.

Detalhamento: Semanalmente a enfermeira irá rever estas fichas para observar as faltas ou usuários em atraso de consulta ou medicação.

Eixo Organização e Gestão do Serviço.

Ação 3.2: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos: usuários com HAS e Diabetes.

Detalhamento: O médico fornece as listas contendo os nomes dos usuários faltosos aos ACS que realizam as visitas domiciliares em busca dos faltosos.

Ação 3.3: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Semanalmente são realizados agendamentos provenientes das buscas domiciliares

Eixo Engajamento Público.

Ação 3.4: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas para usuários com HAS e Diabetes.

Ação 3.5: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Ação 3.6: Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Nas palestras e durante as consultas iremos informar, ouvir e esclarecer a comunidade no que se refere a HAS e Diabetes, e teremos um compromisso por parte dos usuários para que não falem as consultas e participem na intervenção. Durante as consultas eles terão o agendamento da consulta seguinte.

Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ação 3.7: Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Os ACS serão treinados antes de iniciar a intervenção, porque desempenham um papel fundamental de orientadores na comunidade, pois serão eles que irão nos domicílios para convocar os faltosos e, também são os que fazem o recrutamento dos usuários em situação de risco sem diagnóstico.

Objetivo 4. Melhorar o registo das informações.

Metas:

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

4.21. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação 4.1: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pelo médico e pelo enfermeiro da unidade para que possamos contar com registros completos e com informação de qualidade.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação 4.2: Manter as informações do SIAB atualizadas para usuários com HAS e Diabetes.

Detalhamento: O registro de informações na ficha do SIAB é atualizado pelo enfermeiro e encaminhada para Secretaria de Saúde.

Ação 4.3: Implantar planilha/registo específico de acompanhamento dos portadores de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O registro toda a equipe terá acesso e será amplamente distribuída na unidade.

Ação 4.4: Pactuar com a equipe o registo das informações sobre usuários com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: A ficha espelho e o prontuário ficam arquivados na unidade de saúde e toda a equipe tem acesso aos registros.

Ação 4.5: Definir responsável pelo monitoramento registros dos usuários com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Os responsáveis pelo monitoramento dos registros dos usuários serão o médico e o enfermeiro.

Ação 4.6: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quando ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença nos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Ao longo da consulta irei apontar os usuários que se enquadrem nesta situação e semanalmente irei rever o prontuário para saber a sua evolução, se necessário o ACS sairá em busca deste usuário.

Eixo Engajamento público.

Ação 4.7: Orientar os usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: É muito importante que o usuário tenha acesso aos seus registros e o médico o enfermeiro condições de emitir uma segunda via.

Eixo Qualificação da Prática Clínica.

Ação 4.8: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e/diabéticos.

Detalhamento: toda a equipe será treinada para preencher os registros e terá todo o apoio no que se refere as dúvidas no decorrer do trabalho.

Ação 4.9: Capacitar a equipe da unidade de saúde para registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Antes de iniciar a intervenção faremos reuniões com toda a equipe para que toda a equipe esteja capacitada e, no decorrer da intervenção teremos reuniões semanais de esclarecimentos.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e Diabéticos de risco para doença cardiovascular

Metas:

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Eixo monitoramento e avaliação:

Ação 5.1: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano..

Detalhamento: Estes usuários serão requisitados pelos ACS para realização de uma consulta de enfermagem de estratificação de risco.

Eixo organização e gestão do serviço

Ação 5.2: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Ação 5.3: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda



Detalhamento: Faremos o agendamento das consultas para estes usuários e durante a semana, o ACS irá convocar aqueles que precisam ser vistos de forma mais urgente.

Eixo Engajamento público

Ação 5.4: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Ação 5.5: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Como já foi referido anteriormente, termos palestras com a comunidade, ação de esclarecimentos e no decorrer das consultas este tema será sempre abordado.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação 5.6: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvo.

Ação 5.7 Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: A estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* é realizado pelo enfermeiro que realiza a estratificação de baixo e médio risco e pelo médico a estratificação de alto risco e estão capacitados para executar esta função.

Ação 5.8: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Ação 5.9: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação do pés.

Ação 5.1.0: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Ação 5.1.1 Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: A equipe terá ações de formação antes de iniciarmos a intervenção onde estes temas serão abordados, e semanalmente teremos um horário no cronograma para a realização de uma reunião de esclarecimentos com toda a equipe para debatermos o que deve melhorar.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e Diabéticos

Metas:

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

#### Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação 6.1: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

Detalhamento: O médico e o enfermeiro da unidade serão os responsáveis pelo encaminhamento das consultas sempre que necessário.

Ação 6.2: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e o enfermeiro farão esta indicação para o acompanhamento com a nutricionista.

Ação 6.3: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Durante as consultas é sempre abordado a importância do exercício físico, como por exemplo uma caminhada.

Ação 6.4: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

#### Eixo Organização e Gestão do Serviço

Ação 6.5: Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.

Ação 6.6: Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Ação 6.7: Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento: A organização da agenda, o estabelecimento das prioridades no atendimento odontológico e, demandar junto ao gestor ofertas de consultas serão de responsabilidade do dentista e do enfermeiro da unidade.

Ação 6.8: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Ação 6.9: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Iremos nos reunir com a Secretaria de Saúde municipal e NASF para propor estas atividades.

Ação 6.1.0: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Ação 6.1.1: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Pensamos em organizar junto com a Secretaria de Saúde municipal e NASF uma caminhada com toda a comunidade para servir de alerta para o problema.

Ação 6.1.2 Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Iremos formular este pedido junto a Secretaria de saúde.

Eixo Engajamento Público

Ação 6.1.3: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Detalhamento: Iremos procurar obter apoio de todas as parcerias que estiverem internadas em ajudar no nosso trabalho

Ação 6.1.4: Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Ação 6.1.5: Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Ação 6.1.6: Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Ação 6.1.7: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Como já foi referido anteriormente estaremos prontos e preparados para dar toda a orientação necessária neste sentido.

#### Eixo Qualificação da Prática Clínica

Ação 6.1.8 Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso.

Ação 6.1.9: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Ação 6.2.0: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Ação 6.2.1: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Ação 6.2.2: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: A intervenção está toda focada neste sentido da importância da saúde bucal, alimentação saudável, práticas esportivas e, abandono as práticas do tabagismo toda a equipe será capacitada para esta intervenção.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo nº 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos na UBS.

Metas:

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade básica de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes é residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo nº 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos de acordo ao estabelecido pelo MS.

Indicador 2.1: proporção de Hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com número de consultas realizadas em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.2: proporção de Hipertensos e/ou Diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com número de consultas realizadas em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3 e 2.4: garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.4: proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.5 e 2.6: proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 2.7: proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.8: proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo nº 3. Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

Meta 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: proporção dos hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Indicador 3.2: proporção dos diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo nº 4. Melhorar o registro das informações sobre hipertensos e diabéticos.

Meta 4.2 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo nº5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

Meta 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo nº 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos na área de abrangência.

Metas 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.



Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção sobre Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus tomaremos como base os seguintes protocolos do Ministério da Saúde: “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica- Caderno de Atenção Básica nº 37, 2013”; e “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus – Caderno de Atenção Básica nº 36, 2013”. Será utilizada a ficha espelho (Anexo C) de registros para hipertensos e diabéticos fornecidas pelo curso para realizar os registros do acompanhamento dos usuários cadastrados na ação programática, pois não temos uma ficha específica na unidade

que permita coletar todos os dados para cálculo dos indicadores da intervenção. Para o monitoramento das ações, será utilizada a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso (Anexo B), a fim de conseguir avaliar o alcance das metas através dos indicadores presentes nesta planilha. Estimamos melhorar os indicadores de qualidade, mas sempre com o pensamento que esta ação seja uma referência para otimização do serviço e faça parte da rotina do serviço.

Já estamos organizando os registros com a criação de um novo cadastro atualizado de hipertensos e diabéticos. Durante a intervenção, o enfermeiro realizará o primeiro monitoramento dos prontuários existentes nas UBS, anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos, exames laboratoriais e medicação em atraso. O enfermeiro será responsável também pelo planejamento e implementações da assistência. As técnicas de enfermagem serão responsáveis pela medição da pressão arterial, medição da glicemia capilar e dados antropométricos. Os ACS realizarão a busca ativa dos usuários e captação dos mesmos na área de abrangência para cadastro nas UBS. O médico será o responsável pelos atendimentos, monitoramento e avaliação da intervenção, bem como terá o papel de organizar e realizar as capacitações da equipe e, junto com a equipe, preparar ações de educação em saúde para a comunidade.

Para uma melhor capacitação da equipe faremos ações de formação e reuniões semanais para debater tudo o que ocorreu durante a semana e planejar as ações da semana seguinte, seguindo também o cronograma da intervenção. Para estas capacitações, seguiremos os protocolos do MS, citados anteriormente.

Os atendimentos clínicos realizados pelo médico e enfermeiro serão registrados na ficha espelho, seguindo o protocolo de atendimento para condução das ações realizadas na consulta, a exemplo da realização da estratificação de risco, avaliação do pé diabético, prescrição das medicações, solicitação de exames, dentre outras. O agendamento das consultas seguirá a periodicidade estabelecida em protocolo para acompanhamento dos usuários com HAS e DM. Os usuários já sairão com a próxima consulta marcada.

O acolhimento dos usuários que surjam na unidade será realizado pela Técnica de enfermagem e pelo enfermeiro. Os usuários Hipertensos e Diabéticos que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento e sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Para o agendamento dos usuários provenientes da busca ativa realizada pelos ACS será reservado 12 consultas por semana

divididos em 3 consultas por dia. Os usuários com problemas de saúde agudos serão encaminhados para a avaliação médica, após acolhimento da enfermagem, o qual resolverá a demanda ou encaminhará para serviços de referência.

Para adesão e educação da comunidade realizaremos na primeira e na terceira semana do mês palestras informativas e de esclarecimento sobre as problemáticas relacionadas a essas doenças e a importância do seu controle através do uso regular da medicação e do controle de peso com orientações sobre alimentação saudável e prática esportiva, e também será fornecido pelo dentista esclarecimentos sobre higiene e saúde bucal será incentivado a regularidade das consultas odontológicas. Utilizaremos materiais ilustrativos fornecidos pelo Ministério da Saúde existentes na unidade Já anexamos um informativo com o conteúdo da ação na unidade de saúde e em todas as consultas damos informações e esclarecimentos sobre as doenças e sobre a importância desta ação. Semanalmente o enfermeiro examinará as fichas identificando aqueles que estão com as consultas, exames laboratoriais, exames clínicos e medicação em atraso. O Agente Comunitário fará a busca ativa dos usuários faltosos.

Realizaremos o rastreio da DM com a medição da glicemia capilar e rastreio da HAS através da medição da pressão arterial aos usuários da área. Realizaremos em conjunto com o NASF a orientação e o incentivo às práticas esportivas e orientações sobre alimentação saudável e abandono aos hábitos do tabagismo e consumo do álcool, .



### **3 Relatório da Intervenção**

Chegamos ao final da intervenção na ação programática “Atenção aos Hipertensos e Diabéticos” nas UBS de Carnaubinha e Perobas em Touros, RN, com duração de 12 semanas, devido ao encurtamento da intervenção (conforme reorganização do Calendário da Turma 5). Foram desenvolvidas ações nos quatro eixos do curso (Organização e Gestão do Serviço; Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica; e Engajamento Público) as quais possibilitaram alcançar melhorias significativas na atenção + assistência aos hipertensos e/ou diabéticos em nossa UBS, com aumento da cobertura da ação programática e melhoria dos indicadores de qualidade.

Eu fiquei muito satisfeito com o modo com que toda a intervenção ocorreu. Toda a equipe contribuiu e trabalhou de forma empenhada para desenvolver as ações programadas, a pesar de encontrarmos uma série de dificuldades, como estrutura inadequada da UBS, demora nos resultados dos exames complementares e dificuldade no encaminhamento para especialistas, pois não estão disponíveis no próprio município.

Eu não tenho dúvida que os resultados obtidos foram bastante positivos e contribuíram para a melhoria da qualidade de vida e melhoria da saúde da população. Ainda, é importante dizer que a intervenção não acaba aqui, pois a equipe dará continuidade as ações implementadas para alcançar ainda mais melhorias nos indicadores e na organização da ação programática.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

As ações previstas no projeto foram desenvolvidas durante a intervenção em quase sua totalidade. Foi realizado o monitoramento dos usuários cadastrados, através dos dados coletados nos prontuários e fichas espelho e transferidos para a planilha de coleta de dados. A periodicidade das consultas, exames e medições foram monitorados, bem como os faltosos às consultas foram convocados pelos ACS. O monitoramento dos registros foi realizado constantemente pelo médico e enfermeiro e houve uma melhoria significativa na qualidade dos registros e informação neles contida.

A ficha espelho e prontuário eram preenchidos durante as consultas, nas quais fizemos o acompanhamento e registro das medidas da pressão arterial e glicemia, solicitação e avaliação dos exames complementares e laboratoriais, avaliação da evolução do tratamento e reajuste da medicação, estratificação de risco, orientações aos usuários atendidos e, em caso de necessidade, encaminhamentos para outras especialidades. Em casos de hipertensos descontrolados, estes eram manejados na unidade e os casos de diabetes descontrolados eram encaminhados para a urgência do hospital.

Além de comparecer às consultas, os usuários buscavam a unidade para fazerem as medições da pressão arterial de controle. Houve uma grande adesão à ação programática e os usuários relataram bastante satisfação com a atenção prestada, pois gostaram da atenção e acolhimento que foi dada. Alguns usuários, quando me encontravam no corredor me apresentavam logo os resultados dos exames, mostrando que estavam ali para cumprir com o combinado e evidenciando o vínculo que estava sendo formado.

Para todos os usuários que apresentaram alguma dificuldade de locomoção foram realizadas as visitas domiciliares pela equipe. Os agentes comunitários tiveram um papel muito importante nessas visitas, pois investigavam como os



usuários acamados estavam seguindo o tratamento no domicílio, quem os ajudavam e se as doses estavam sendo respeitadas, comunicando a equipe sempre que surgia algum problema para agendar uma visita.

Além disso, os agentes comunitários tiveram um papel importante na captação dos hipertensos e diabéticos da área para o cadastro na ação programática, na busca ativa dos faltosos, a partir da identificação dos faltosos realizada na avaliação dos registros e nas orientações de promoção da saúde dos usuários nas visitas domiciliares. Aos agentes comunitários foi elaborada uma lista com todos os usuários que iriam fazer parte da intervenção e em caso de falta eles seriam convocados, e coube também aos ACS o papel de informar os usuários em cada visita domiciliar a importância do tratamento e da adesão.

A comunidade foi orientada sobre diversos temas importantes para a promoção da saúde, prevenção e controle da hipertensão e diabetes. Realizamos atividades educativas com pequenos grupos. Os usuários receberam informações sobre aspectos da hipertensão e diabetes, como os problemas e complicações causados por elas e as consequências da falta de controle ou tratamento inadequado. Foi abordado o papel da alimentação, prática do exercício físico e abandono do álcool e tabagismo, dentre outros aspectos de adoção de um estilo de vida saudável.



Antes de iniciar a intervenção foi realizada uma ação de capacitação da equipe, utilizando o protocolo do MS, para que toda a equipe tivesse a mesma conduta e conseguisse desenvolver as ações da intervenção com qualidade. Foi padronizado sobre as ações de cadastro e preenchimento da ficha espelho, a forma de medição da pressão e glicemia, a necessidade de priorização do acesso dos usuários hipertensos e diabéticos na marcação das consultas, acolhimento da demanda espontânea de usuários com pressão arterial ou diabetes descontrolados, com atendimento imediato destes, dentre outras ações.

Ao longo da intervenção encontramos algumas dificuldades, como a falta de estrutura nas instalações. Tivemos vazamentos e ruptura de canalização que até o momento não foram tratadas, mesmo com pedidos recorrentes na secretaria de saúde. Esses problemas acabaram por dificultar a realização de algumas consultas e de palestras com a comunidade por uma semana inteira, o que resultou na interrupção da intervenção e ausência de coleta de resultados nesse período.



Outro fator negativo para o desenvolvimento da intervenção foi o número alto de usuários que buscavam atendimento na unidade. Uma vez que eu atendo em duas unidades de saúde e no dia em que estou em uma não presto atendimento na outra, fazendo com que acumule o número grande de pessoas na lista de marcação para serem atendidas, somado ainda aos atendimentos dos usuários cadastrados na intervenção, levando a uma demanda grande de atendimento médico. Isto tudo em conjunto acabava por reduzir o tempo para a realização de trabalhos comunitários que, no início, acreditamos que poderíamos ser feito de forma mais ampla e que no decorrer da intervenção tivemos que nos ajustar ao pouco tempo disponível para fazer da melhor maneira, dentro das nossas possibilidades.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Mesmo com todas as dificuldades descritas anteriormente, todas as ações planejadas no projeto de intervenção foram desenvolvidas, algumas mesmo que parcialmente, como foi o caso das atividades coletivas de promoção da saúde. Por isso, podemos dizer que não tivemos ações que não foram desenvolvidas durante o período da intervenção.



### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

As dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados foram um dos grandes obstáculos que acabou por dificultar o avanço das tarefas. No princípio eu tive um pouco atrapalhado com as fichas espelho, por ser mais um dos vários pontos de coleta de informação que precisava preencher no dia a dia, o que acabava demandando mais tempo no decorrer das consultas e depois no próprio manuseio a procura dos usuários faltosos. Mas, com o tempo fui me adaptando ao preenchimento da ficha espelho e realizando a busca dos faltosos apenas uma vez na semana.

Outra barreira encontrada foi em relação ao preenchimento da planilha de coleta de dados, pois tive bastante dificuldade em entender o seu funcionamento, necessitando fazer diversas correções. Um dos erros foi introduzir os usuários de segunda consulta novamente na planilha, fazendo com que os nomes dos usuários se repetissem, sendo contabilizados duas vezes, equivocadamente. Ainda, outro erro acontecia na transferência dos dados de um mês para o outro, sempre apresentando problemas na transferência, necessitando que a orientadora fizesse os ajustes. Mas depois de familiarizado tornou-se fácil e consegui organizar os dados sem problemas.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

O resultado bastante positivo da intervenção foi, sem dúvidas, a sua incorporação à rotina da equipe. Uma vez que criamos um projeto participativo e trabalhamos ao máximo para que tudo fosse realizado dentro deste modelo, com adaptação dentro das nossas possibilidades da equipe e UBS, a equipe se envolveu e incorporou as atividades da intervenção como parte da sua rotina, empenhando-se em alcançar os objetivos da intervenção. Acredito que temos tudo para dar continuidade às ações da intervenção, desde que a equipe continue trabalhando na UBS e que as condições estruturais da UBS possam se manter minimamente como está, sem pioras.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou sobre a melhoria a atenção aos hipertensos e diabéticos da área adscrita as UBS Carnaubinha e Perobas em Touros, RN, com duração de 12 semanas. Na área adscrita à nossa equipe de saúde existem, estimados, 187 hipertensos e 61 diabéticos com 20 anos ou mais. Os resultados alcançados com a intervenção serão apresentados a seguir, através de uma avaliação de cada um dos indicadores que foram utilizados para mensurar a melhoria da ação programática.

Referente ao objetivo de ampliar a cobertura de da ação programática

Meta1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de atenção á hipertensão arterial.

Indicadores 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

No primeiro mês da intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar 51 usuários com HAS (27%), no segundo mês aumentamos para 87 (47%) usuários com HAS cadastrados e no terceiro mês aumentamos este número para 118 (63%) cadastrados, como pode ser verificado na Figura 1. Nossa meta inicial era de alcançar 60% de cobertura para o controle da hipertensão em nossa área de abrangência. Dessa forma, conseguimos superar esta meta estabelecida, mesmo com o encurtamento da intervenção, o que nos deixa bastante feliz em virtude de todo o esforço e dedicação de toda a equipe para atingir estes resultados.

As ações que contribuíram para esses resultados foram, principalmente, o acolhimento aos hipertensos nas UBS e a captação dos hipertensos na área de abrangência pelos ACS e a divulgação da intervenção na comunidade, realizada tanto pela equipe quanto pelos próprios usuários que se sentiram satisfeitos, na medida em que foi reforçada pela equipe a importância do acompanhamento do hipertenso e os próprios usuários relatavam aos outros (vizinhos, familiares e amigos), que desta forma também compareciam a unidade.

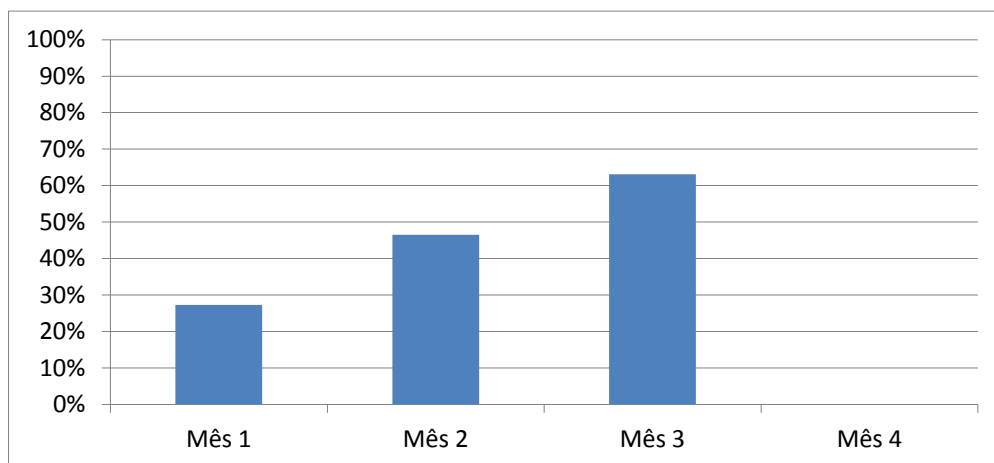


Figura 1-Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção ao Diabético na unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Conseguimos cadastrar no primeiro mês da intervenção 20 usuários com diabetes (33%), aumentando para 22 usuários (36%) no segundo mês, alcançando no terceiro mês 38 usuários com diabetes (62%) cadastrados, como pode ser visto da Figura 2. Dessa forma, ao final do terceiro mês conseguimos não apenas atingir a meta de 60% estabelecida para a cobertura do controle da diabetes na área de abrangência como também superamos esta meta.

Estes resultados deixaram a equipe bastante feliz, pois houve muito empenho de todos para superar as dificuldades e alcançar a meta estabelecida. Dentre as ações realizadas pela equipe que contribuíram para esses resultados está o acolhimento dos diabéticos na UBS, a captação realizada pelos ACS e a divulgação da intervenção na comunidade por toda a equipe. Cabe ressaltar também que a divulgação realizada pelos próprios diabéticos, os quais se sentiram satisfeitos com a atenção prestada e relatavam aos outros usuários com diabetes, também contribuiu para o aumento da cobertura da ação programática.

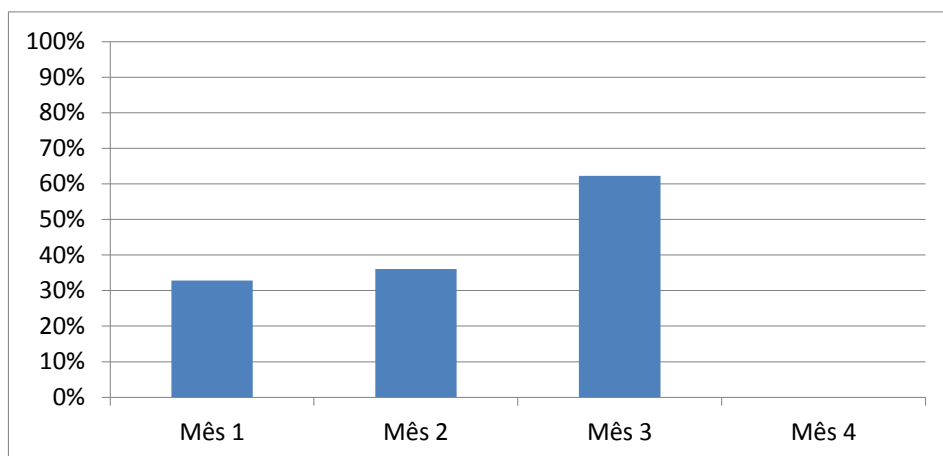


Figura 2-Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN

Fonte: Planilha de coleta de dados

Referente ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Para monitorar a qualidade da intervenção realizada, alguns indicadores de qualidade foram monitorados, dentre eles a proporção de hipertensos com exame clínico em dia. No primeiro mês da intervenção conseguimos que 42 hipertensos dos 51 cadastrados (82%) tivessem o exame clínico realizado. Já no segundo mês conseguimos realizar este exame em todos os usuários cadastrados, 86 usuários (100%), e no terceiro mês 118 usuários (100%), atingindo a meta estabelecida para hipertensos com o exame clínico em dia, como mostra a Figura 3.

As ações que contribuíram para tornar esse resultado possível foram, dentre outras, a capacitação da equipe para a realização de um acompanhamento minucioso dos hipertensos, segundo o protocolo do MS, bem como a adoção da ficha espelho como roteiro para qualificar as consultas aos hipertensos. Ainda, a adesão dos usuários à intervenção e as ações de esclarecimento sobre a importância do acompanhamento dos hipertensos pela equipe foram fundamentais.

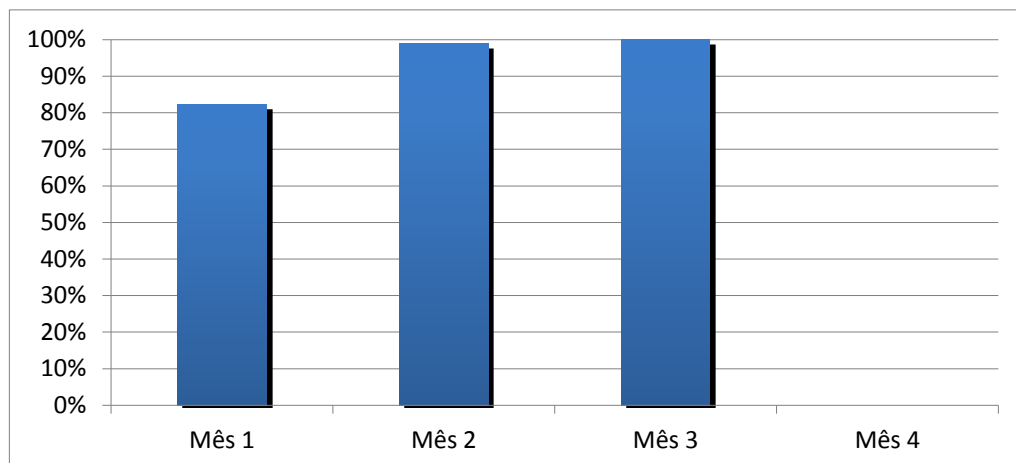


Figura 3-Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Em relação aos diabéticos com exame clínico em dia, no primeiro mês conseguimos realizar o exame em 15 usuários dos 22 cadastrados (75%). No segundo e terceiro mês conseguimos que todos os diabéticos cadastrados (100%) recebessem o exame clínico durante a consulta, sendo um total de 22 usuários no segundo mês e 38 usuários no terceiro mês, como pode ser observado na Figura 4.

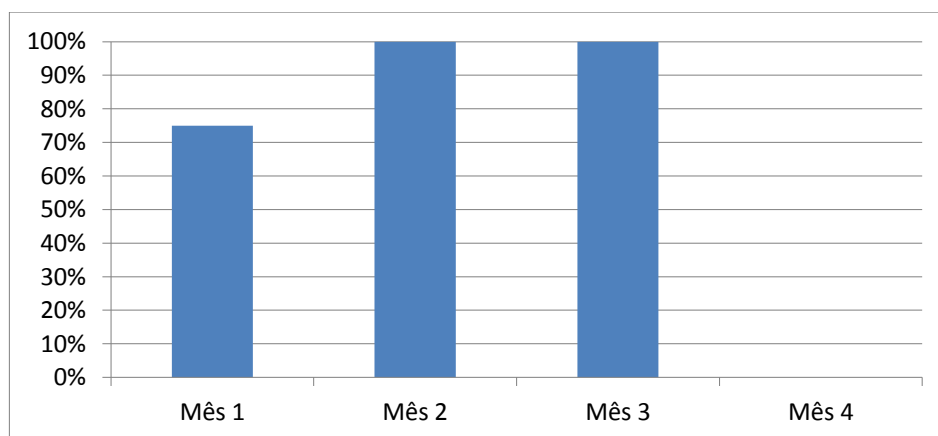


Figura 4- Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN

Fonte: Planilha de coleta de dados

Da mesma forma que para os hipertensos, as principais ações que contribuíram para tornar esse resultado possível foram capacitação da equipe para a

realização de um acompanhamento minucioso dos diabéticos, segundo o protocolo do MS, bem como a adoção da ficha espelho como roteiro para qualificar as consultas. Ainda, a adesão dos usuários à intervenção e as ações de esclarecimento sobre a importância do acompanhamento dos diabéticos foram fundamentais.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês tivemos 7 usuários hipertensos com exames complementares em dia (14%), no segundo mês foram 40 (46%) e no terceiro mês foram 65 hipertensos com os exames complementares em dia (55%). Ou seja, não conseguimos alcançar, para este indicador, a meta estabelecida de 100% de hipertensos com a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Cabe destacar que estes resultados refletem os usuários que retornaram para a consulta com todos os resultados dos exames solicitados, ou seja, sofre interferência da dificuldade em realizar os exames e da demora na obtenção dos resultados dos exames. Por isso, não atingimos os 100% para este indicador, devido, principalmente, à demora na obtenção dos resultados dos exames solicitados.

As ações que contribuíram para alcançar o número de hipertensos com os exames complementares foram, em primeiro lugar, a adesão dos usuários neste projeto, e em segundo, a forma com foi elaborada a consulta que desde a primeira já se requisitavam todos os exames complementares conforme o protocolo.

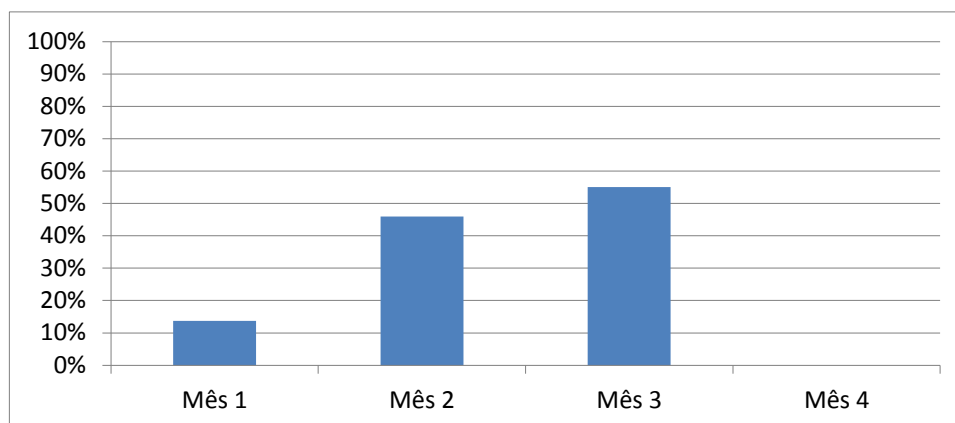


Figura 5- Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Este indicador apresentou desempenho semelhante ao anterior, pois tratou-se das mesmas dificuldades relatadas sobre a demora nos resultados dos exames complementares solicitados. Dessa forma, no primeiro mês tivemos 4 diabéticos com exames complementares em dia (20%), no segundo mês aumentamos para 12 diabéticos (55%) e no terceiro mês finalizamos com 22 diabéticos com os exames complementares em dia (58%). Ou seja, não conseguimos atingir a meta estabelecida para este indicador, pelos motivos já relatados, como mostra a Figura 6.

As ações que contribuíram para alcançar o número de diabéticos com os exames complementares foram, em primeiro lugar, a adesão dos usuários neste projeto, e em segundo, a forma com foi elaborada a consulta, que desde a primeira já se requisitavam todos os exames complementares conforme o protocolo.

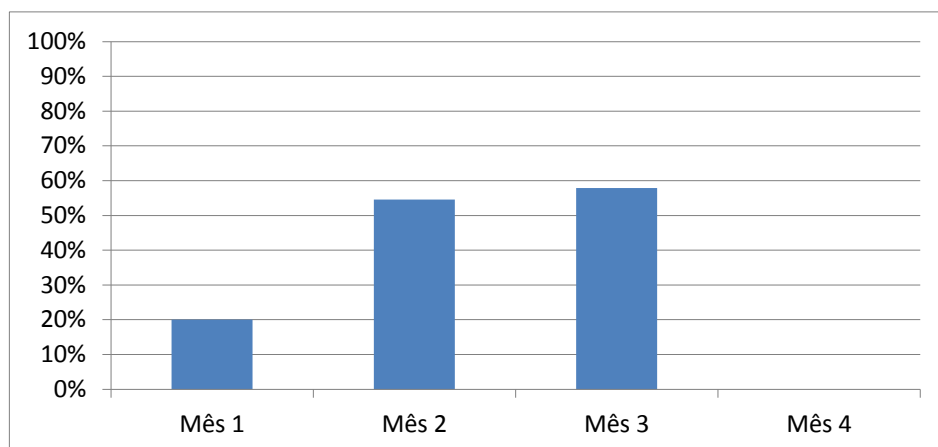


Figura 6-Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

No primeiro mês tivemos 41 hipertensos (98%) com a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, no segundo mês aumentamos para 82 hipertensos (95%) e no terceiro mês para 114 hipertensos (97%) com esta prescrição, como pode ser verificado na Figura 7. Não foi alcançada a meta de 100% estabelecida, pois alguns usuários foram à consulta de cardiologia e medicados por este profissional, cujas medicações prescritas não faziam parte da lista da Farmácia Popular/HIPERDIA, para que pudéssemos priorizar. Desta forma, como não alteramos estas medicações, 04 hipertensos não tiveram a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

As ações que contribuíram para estes resultados foram o cuidado durante a prescrição para receitar os medicamentos que estavam disponíveis na Farmácia popular e básica, de acordo com a necessidade do hipertenso, fazendo o reajuste da medicação, uma vez que a população é de extrema pobreza, sendo fundamental obter medicamentos da farmácia popular/ ou básica. Ainda, foi muito importante o controle de estoque da farmácia realizado pela equipe para que estes medicamentos estivessem sempre disponíveis na unidade.



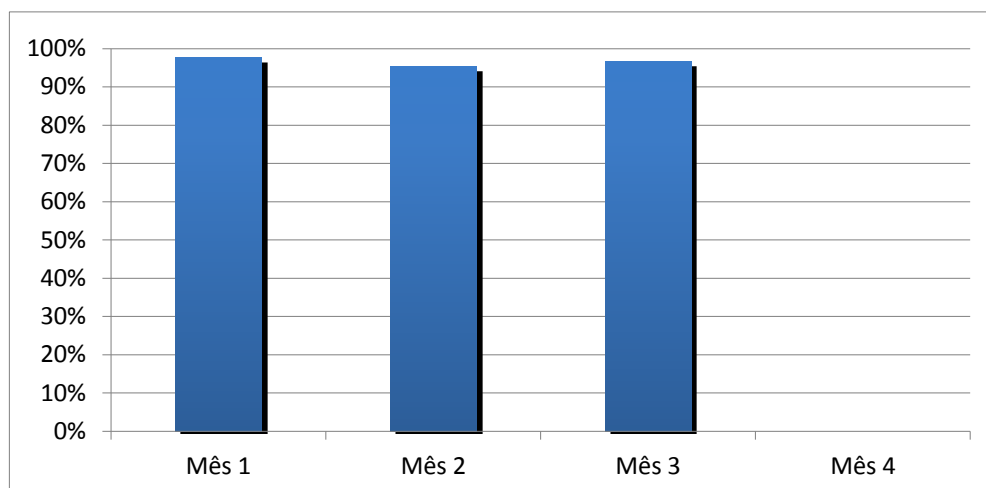


Figura 7-Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Este indicador obteve desempenho semelhante ao anterior, pois também tivemos usuários com diabetes atendidos por médico cardiologista, sendo prescritas as medicações por este profissional, as quais não eram da lista da Farmácia Popular/HIPERDIA. No primeiro da intervenção tivemos 25 diabéticos (100%) com a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. No segundo mês alguns usuários tiveram sua prescrição mudada pelo cardiologista, reduzindo este número para 21 usuários (95%) e, no terceiro mês aumentamos para 37 diabéticos (97%) com esta prescrição priorizada, como mostra a Figura 8.

Da mesma forma, as ações que contribuíram para estes resultados foram o cuidado durante a prescrição para receitar os medicamentos que estavam disponíveis na Farmácia popular e básica, de acordo com a necessidade do diabético, fazendo o reajuste da medicação, uma vez que a população é de extrema pobreza, sendo fundamental obter medicamentos da farmácia popular/ ou básica. Ainda, foi muito importante o controle de estoque da farmácia realizado pela equipe para que estes medicamentos estivessem sempre disponíveis na unidade.

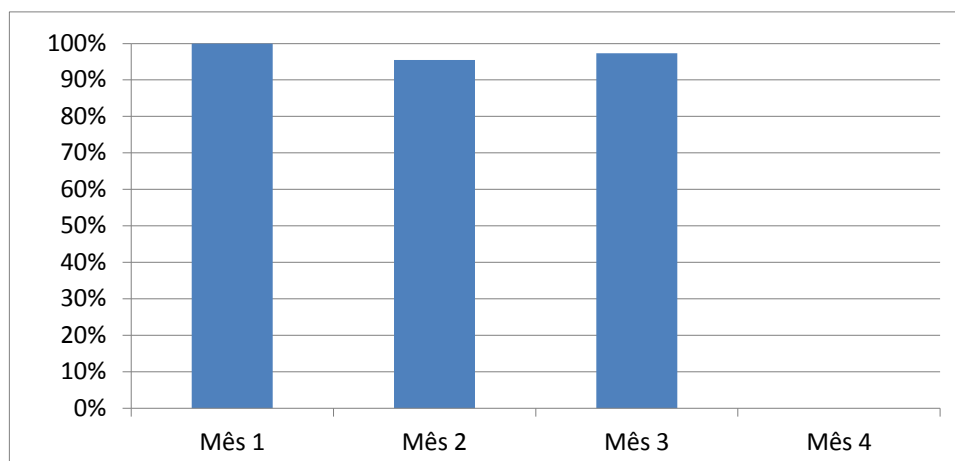


Figura 8-Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada das UBS Carnaubinha Perobas, em Touros, RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 2.7: Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Conseguimos ao final do terceiro mês alcançar a meta de 100% dos hipertensos com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, sendo que no primeiro mês foram avaliados 42 hipertensos (82%), no segundo mês foram 86 (99%) e no terceiro mês foram 118 usuários (100%), como mostra a Figura 9.

As ações que contribuíram para estes resultados foram à observação, já na primeira consulta, da necessidade de acompanhamento odontológico do usuário e o encaminhamento imediato ao dentista da unidade que prontamente fazia o agendamento com priorização para posterior atendimento. Por isso, ações como a implantação da ficha espelho para servir de roteiro da consulta e capacitação da equipe quanto à priorização dos hipertensos foram fundamentais para este resultado. Ainda, a adesão da comunidade e o empenho da equipe também contribuíram.

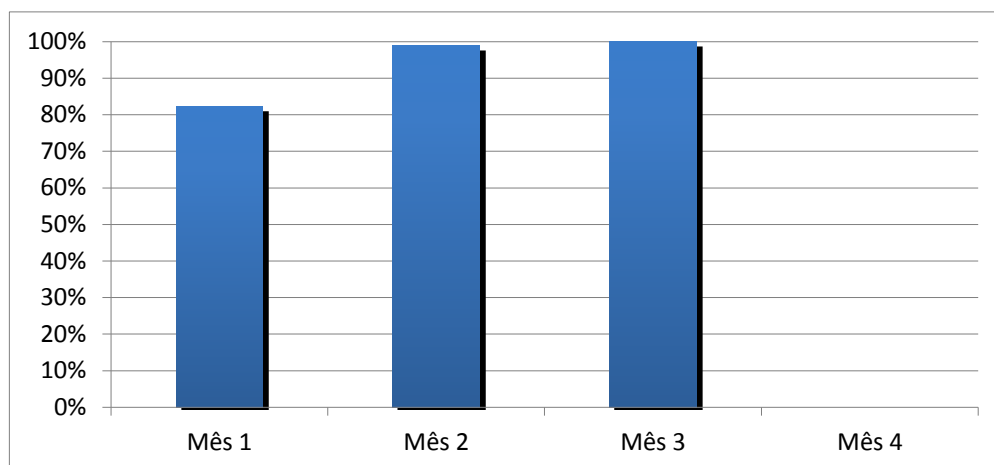


Figura 9- Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN

Fonte: Planilha de coleta de dados

**Meta 2.8:** Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos

**Indicador 2.8:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Para este indicador também conseguimos, ao final do terceiro mês, alcançar a meta de 100% dos diabéticos com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, sendo que no primeiro mês foram avaliados 15 diabéticos (75%), no segundo mês 22 (100%) e no terceiro mês 38 (100%).

Da mesma forma, as ações que contribuíram para estes resultados foram à observação, já na primeira consulta, da necessidade de acompanhamento odontológico do usuário e o encaminhamento imediato ao dentista da unidade que prontamente fazia o agendamento com priorização para posterior atendimento. Por isso, ações como a implantação da ficha espelho para servir de roteiro da consulta e capacitação da equipe quanto à priorização dos diabéticos foram fundamentais para este resultado. Ainda, a adesão da comunidade e o empenho da equipe também contribuíram.

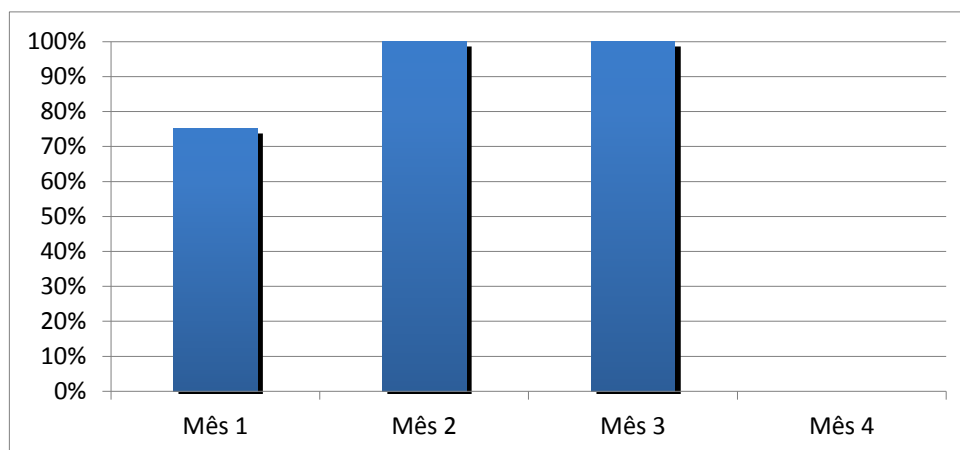


Figura 10- Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Relativos ao objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Foi possível, ao longo dos três meses da intervenção, realizar a busca ativa de todos os hipertensos faltosos à consulta (100%), conforme periodicidade recomendada. No primeiro mês tivemos 3 hipertensos (100%) faltosos com busca ativa, no segundo mês não tivemos novos faltosos, permanecendo os 3 do mês anterior e no terceiro mês tivemos um total de 16 hipertensos faltosos todos com a busca ativa realizada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Para este indicador também foi possível, ao longo dos três meses da intervenção, realizar a busca ativa de todos os diabéticos faltosos à consulta (100%), conforme periodicidade recomendada.

No primeiro mês foi apenas 1 diabético faltoso com busca ativa realizada, no segundo não tivemos novos faltosos, permanecendo o mesmo diabético com a busca ativa realizada e, no terceiro mês, foram 8 diabéticos faltosos, todos com a busca ativa (100%).

As ações que contribuíram para o resultado de ambos os indicadores foram, em primeiro lugar, o empenho dos ACS, que através da busca ativa não deixaram nenhum usuário em falta. Em segundo lugar, toda a disponibilidade da equipe em realizar as visitas domiciliares que fossem necessárias. E por fim, a organização das fichas espelho e o monitoramento dos usuários, através da planilha de coleta de dados, permitindo o controle dos faltosos.

Referente ao objetivo de melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês conseguimos manter 42 hipertensos (82%) com registro adequado, aumentando, no segundo mês, para 86 hipertensos (99%) e finalizando a intervenção no terceiro mês com 118 hipertensos com a ficha de acompanhamento, ou seja, alcançamos a meta de 100%, como mostra a Figura 11.

As ações que contribuíram para este resultado foram capacitação da equipe para utilização da ficha espelho com preenchimento adequado e atualização dos registros durante todas as consultas.

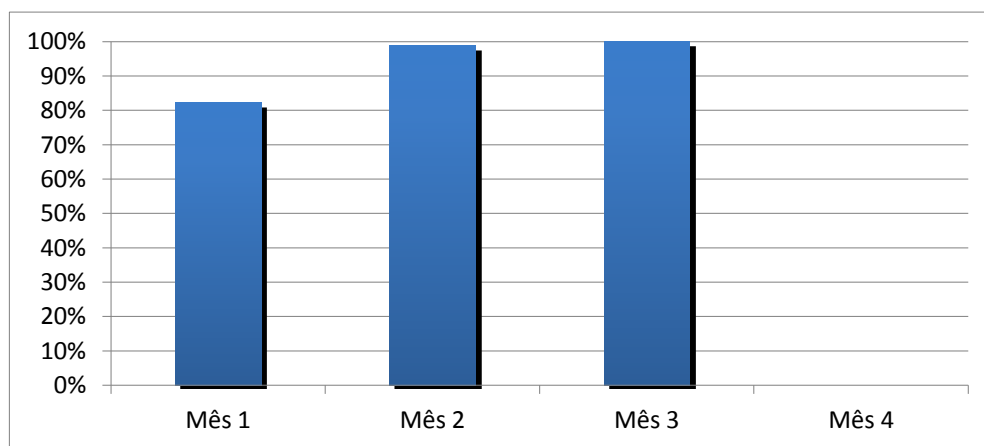


Figura 11- Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Metas 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Este indicador se comportou de maneira parecida com o anterior, nos quais conseguimos alcançar a meta no final do terceiro mês da intervenção. No primeiro mês foram 15 diabéticos (75%) com ficha de acompanhamento, no segundo mês foram 22 (100%) e no terceiro mês foram 38 diabéticos (100%) com a ficha espelho de acompanhamento, como mostra a Figura 12. Da mesma forma, as ações que contribuíram para este resultado foram capacitação da equipe para utilização da ficha espelho com preenchimento adequado e atualização dos registros durante todas as consultas.

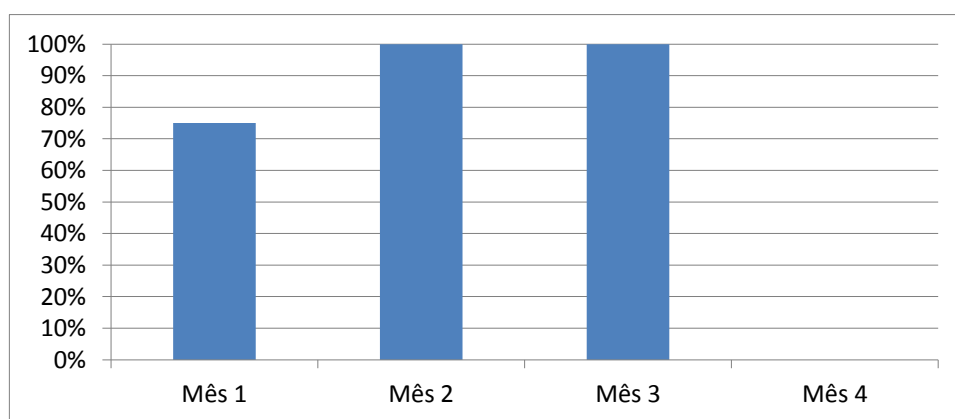


Figura 12- Gráfico Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Referente ao objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Conseguimos alcançar, ao final do terceiro mês da intervenção, 100% de hipertensos com a estratificação do risco cardiovascular. No primeiro mês foram

avaliados 42 hipertensos (82%), no segundo mês foram 86 (99%) e no terceiro mês foram 118 hipertensos com a estratificação do risco, alcançado 100% deles.

As ações que contribuíram para estes resultados foram, principalmente, a capacitação da equipe para a realização da estratificação de risco cardiovascular em todos os usuários e a utilização da ficha espelho como roteiro para as consultas. Ainda, a adesão da comunidade e o empenho da equipe também contribuíram.

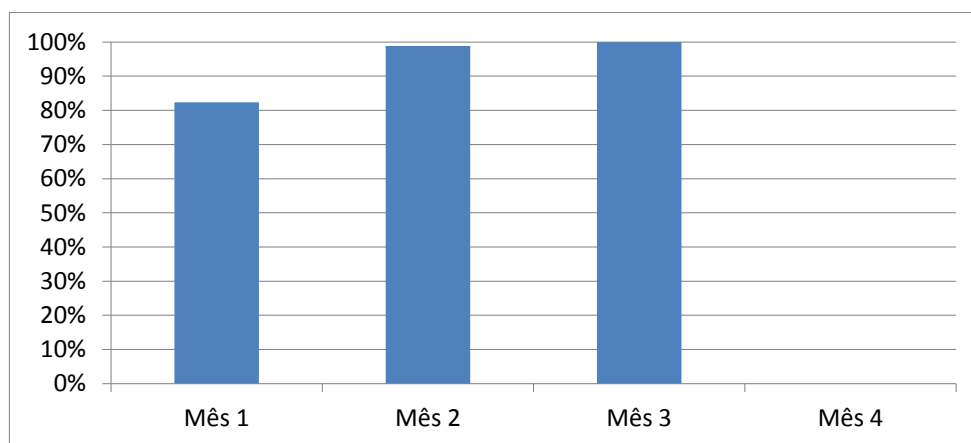


Figura 13- Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 5.2: Realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Para este indicador, conseguimos alcançar a meta de 100% dos diabéticos com a estratificação do risco cardiovascular no final do segundo mês, permanecendo assim até o final da intervenção. No primeiro mês foram 15 diabéticos (75%), no segundo mês foram 22 (100%) e no terceiro mês foram 38 diabéticos (100%) com esta estratificação de risco, como mostra a Figura 14.

Da mesma forma, as ações que contribuíram para estes resultados foram, principalmente, à capacitação da equipe para a realização da estratificação de risco cardiovascular em todos os usuários e à utilização da ficha espelho como roteiro para as consultas. Ainda, a adesão da comunidade e o empenho da equipe também contribuíram.

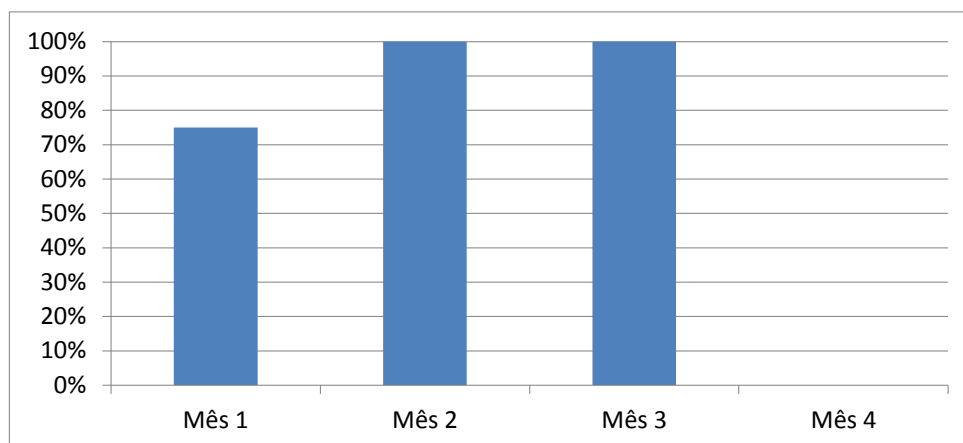


Figura 14- Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Referente ao objetivo de promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No primeiro mês 42 hipertensos (82%) receberam orientação nutricional, no segundo aumentamos para 86 (99%) e no terceiro mês foram 118 hipertensos com orientação nutricional, atingindo a meta de 100%, como mostra a Figura 15. Estas orientações foram dadas durante as consultas, bem como em atividades coletivas realizadas com o objetivo de orientar o tipo de alimentos que deveriam ser excluídos e outros que deveriam ser incluídos nas devidas proporções. Foi realizado, nas consultas, o cálculo do índice de massa corporal, onde ficava clara a situação de cada usuário. Todos os usuários com obesidade e obesidade extrema foram encaminhados para nutricionista.

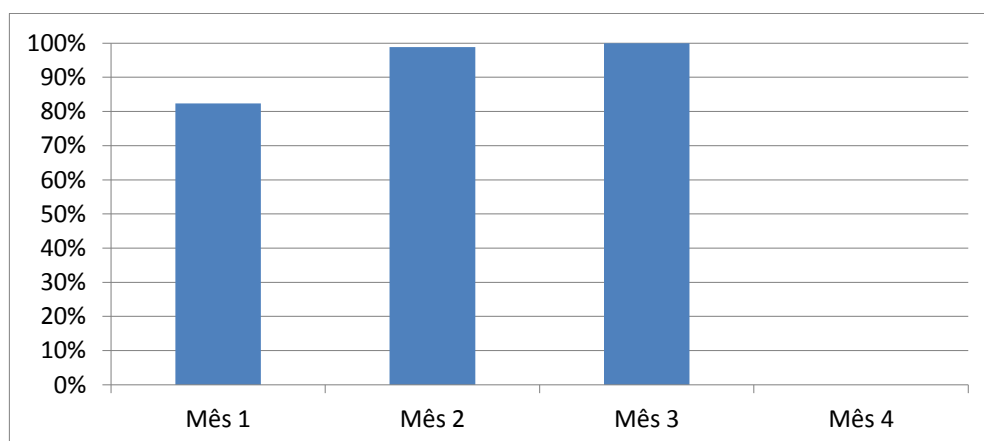




Figura 15- Gráfico Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No primeiro mês da intervenção, 15 diabéticos (75%) receberam orientação nutricional, no segundo mês 22 (100%) e no terceiro mês 38 diabéticos (100%), atingindo a meta de 100% nos dois últimos meses da intervenção, como mostra a Figura 16. Estas orientações também foram dadas em todas as consultas, bem como em atividades coletivas realizadas com o objetivo de orientar o tipo de alimentos que deveriam ser excluídos e outros que deveriam ser incluídos na dieta, nas devidas proporções. Foi realizado, nas consultas, o cálculo do índice de massa corporal, onde ficava clara a situação de cada usuário. Todos os usuários com obesidade e obesidade extrema foram encaminhados para nutricionista

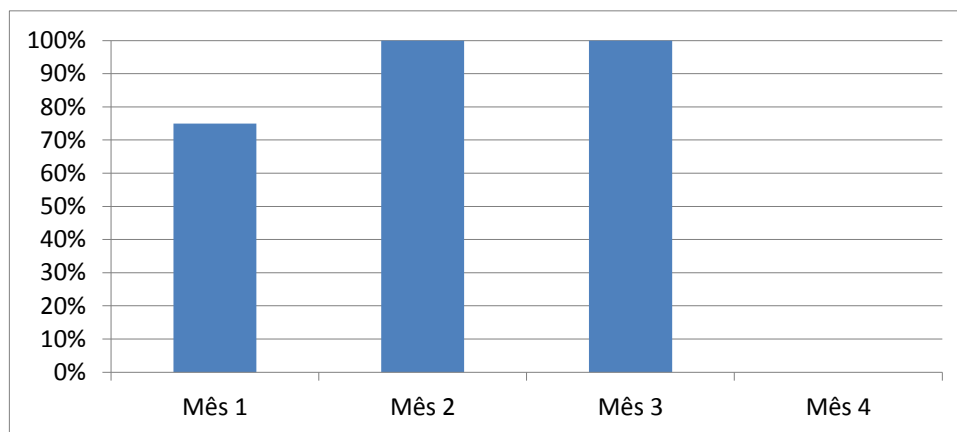


Figura 16- Gráfico Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Conseguimos alcançar a meta de 100% de hipertensos com orientações sobre a prática de atividade física no último mês da intervenção. No primeiro mês 42 hipertensos (75%) receberam orientação sobre prática de atividade física regular, no segundo mês 86 (99%) e no terceiro mês 118 hipertensos (100%). Estes resultados foram obtidos porque no primeiro mês a orientação em relação à prática regular de atividade física e promoção de saúde foram abordados nos trabalhos em grupos com a comunidade e ficou abaixo do desejado então nos meses seguintes o tema foi abordado também no decorrer de cada consulta, onde orientamos os usuários sobre a importância da prática de atividade física regular, estimulando que fossem feitas ao menos três vezes por semana. Também foram realizados trabalhos em grupos com a comunidade para esclarecer a importância da atividade física, onde foi sugerida a prática da caminhada diária e incentivamos hábitos de promoção de saúde.

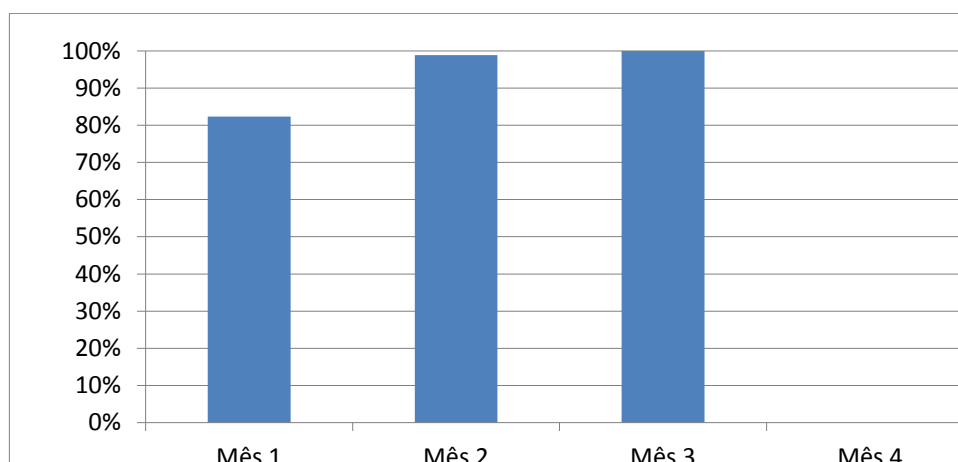


Figura 17- Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Conseguimos atingir a meta de 100% dos diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular ao final do segundo mês da intervenção, sendo no primeiro mês 15 diabéticos (75%), no segundo mês 22 diabéticos e no terceiro mês 38 diabéticos com esta orientação, conforme mostra a Figura 18. Este resultado foi possível, pois no decorrer de cada consulta, orientamos os usuários sobre a importância da prática de atividade física regular, estimulando que fossem feitas ao menos três vezes por semana. Ainda, foram realizados trabalhos em grupos com a comunidade para esclarecer a importância da atividade física, onde foi sugerida a prática da caminhada diária.

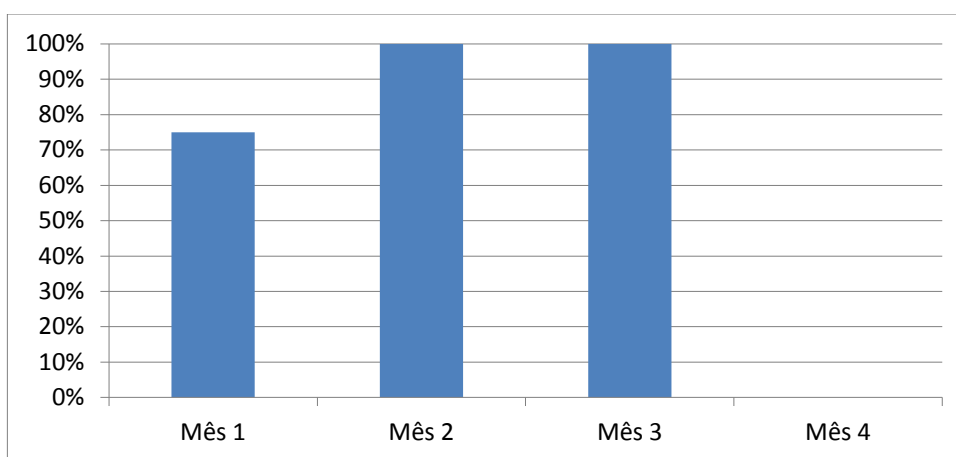


Figura 18- Gráfico Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Conseguimos alcançar ao final do terceiro mês da intervenção 100% dos hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo. No primeiro mês foram 42 hipertensos (82%) orientados, no segundo mês foram 86 (99%) e no terceiro mês 118 hipertensos (100%) foram orientados para os riscos do tabagismo, como mostra a Figura 19.

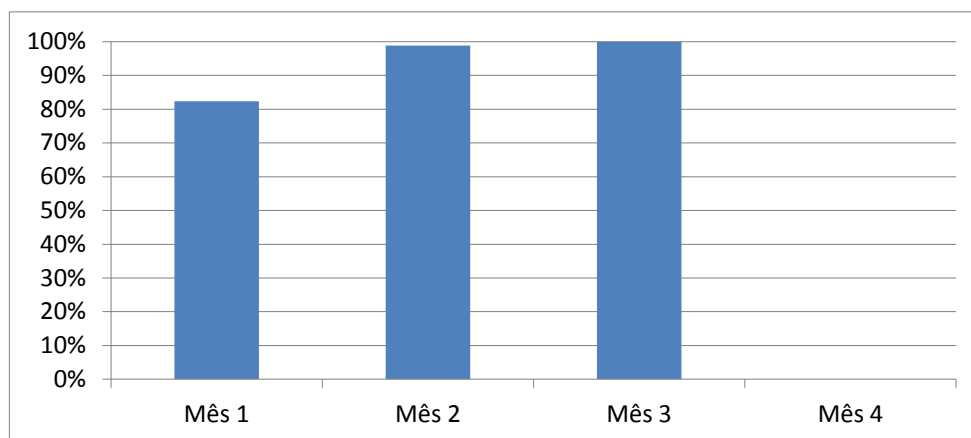


Figura 19- Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Assim como para as outras orientações, o risco do tabagismo foi orientado no decorrer de cada consulta, estimulando aqueles com hábito de fumar para que pudessem buscar estratégias junto com a equipe para a redução ou eliminação do tabagismo. Ainda, foram realizados trabalhos em grupos com a comunidade para esclarecer sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Conseguimos alcançar, ao final do segundo mês da intervenção, 100% dos diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo, permanecendo assim até o final. No primeiro mês foram 15 diabéticos (75%) com esta orientação, no segundo mês foram 22 diabéticos (100%) e no terceiro mês 38 diabéticos (100%) foram orientados sobre os riscos do tabagismo. Os diabéticos também foram orientados sobre o risco do tabagismo no decorrer de cada consulta, estimulando aqueles com hábito de fumar para que pudessem buscar estratégias junto com a equipe para a redução ou eliminação do tabagismo. Ainda, foram realizados trabalhos em grupos com a comunidade para esclarecer sobre os riscos do tabagismo.

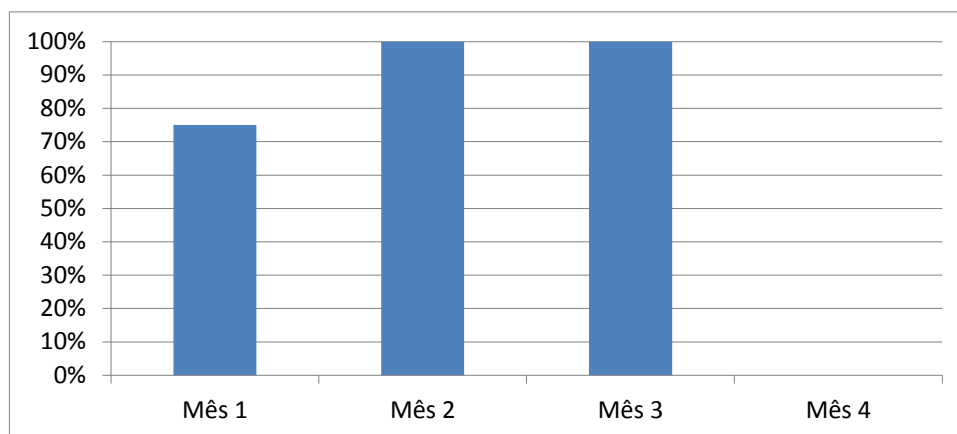


Figura 20- Gráfico Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre a higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.7:** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Conseguimos orientar, ao final do terceiro mês da intervenção, 100% dos hipertensos sobre a higiene bucal. No primeiro mês 42 hipertensos (82%) receberam a orientação, no segundo mês foram 86 hipertensos (99%) e 118 hipertensos (100%) foram orientados no terceiro mês, alcançando a meta estabelecida, como mostra a Figura 21.

Assim como para as outras orientações, a orientação sobre a higiene bucal foi dada aos hipertensos no decorrer de cada consulta e durante as atividades coletivas realizadas com a comunidade, estimulando os cuidados diários para manter uma boa higiene bucal.

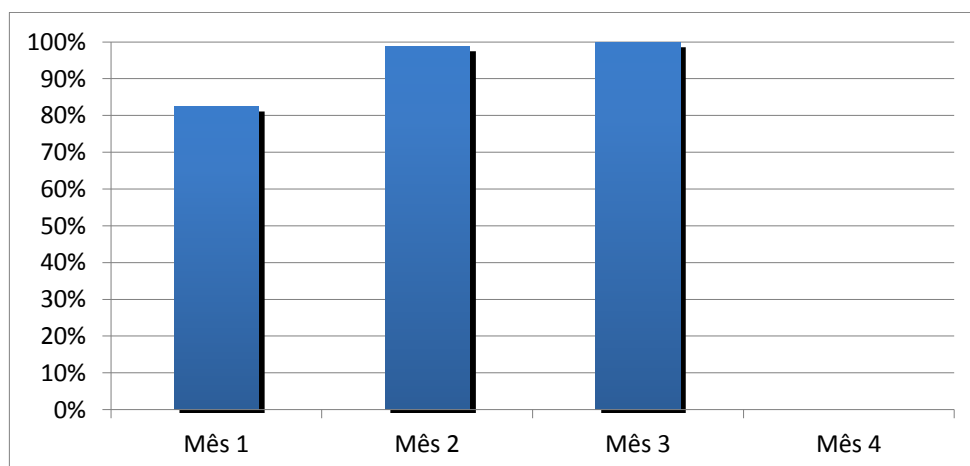


Figura 21- Gráfico Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Também conseguimos alcançar a meta de 100% dos diabéticos com orientação sobre a higiene bucal ao final do segundo mês da intervenção. No primeiro mês 15 diabéticos (75%) receberam orientação, no segundo mês 22 diabéticos (100%) e no terceiro mês 38 (100%) receberam esta orientação, como se pode observar na Figura 22.

Os diabéticos também foram orientados sobre a higiene bucal no decorrer de cada consulta e durante as atividades coletivas realizadas com a comunidade, estimulando os cuidados diários para manter uma boa higiene bucal.

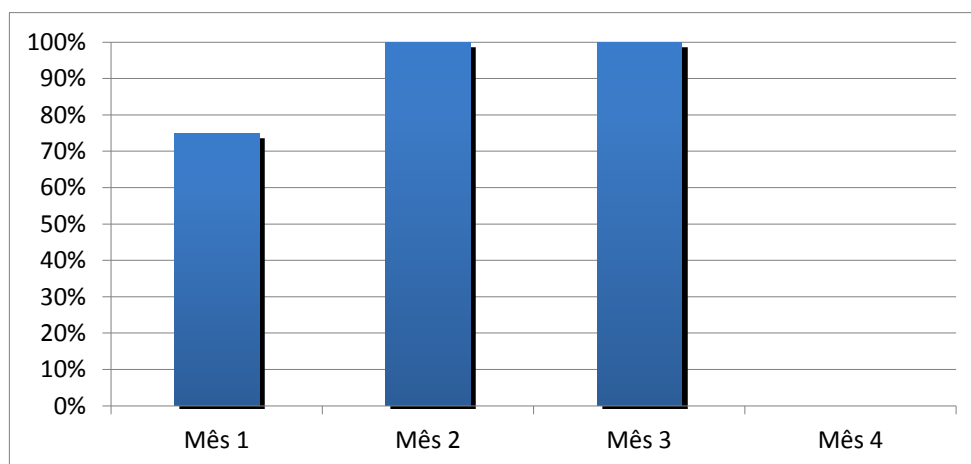


Figura 22- Gráfico Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal das UBS Carnaubinha e Perobas, em Touros, RN.

Fonte: Planilha de coleta de dados

## 4.2 Discussão

Ter realizado a intervenção foi bastante positivo para mudança na forma de atender o usuário e de organizar a ação programática em minhas UBS. Os resultados obtidos com a intervenção foram muito satisfatórios uma vez que conseguimos atingir a meta estabelecida para a cobertura e esta satisfação não fica restrita apenas nos resultados, mas também no enriquecimento que a intervenção proporcionou à equipe e na forma de organizar a prestação de cuidados. É claro que tivemos uma carga adicional de trabalho e uma fila de espera mais longa, uma vez que a intervenção abrangeu apenas um dos grupos da população, mas que da mesma forma não poderíamos negligenciar os outros usuários que recorriam à unidade.

A intervenção só resulta se for realizada em equipe, onde cada membro executa a sua função, e é fundamental o empenho de cada um para que o grupo possa funcionar. Com a intervenção todos os membros adquiriram mais conhecimento teórico sobre as doenças, houve uma reciclagem na forma de execução da prática profissional, cada membro da equipe obteve mais consciência da importância da sua função na ação programática e tudo isso fortaleceu o vínculo com o usuário. Dessa forma, a intervenção foi fundamental para a equipe, aprimorando a prática na atenção primária e na atenção aos usuários com HAS e DM.

A intervenção foi muito importante também para o serviço, uma vez que os registros estavam desatualizados e a atenção aos hipertensos e diabéticos não seguiam o protocolo do MS. Havia uma postura institucionalizada que foi alterada, a prática profissional foi padronizada para que todos seguissem os mesmos padrões do protocolo, o qual foi a base de execução da ação programática e serviu de exemplo a ser seguido em todas as áreas. Assim, a intervenção permitiu organizar melhor a atenção aos hipertensos e diabéticos na UBS, melhorou o acolhimento, a organização dos registros, a marcação das consultas e o fluxo dos usuários na unidade.

O grupo que fez parte da intervenção ficou muito satisfeito com a atenção prestada, com o modo abrangente dos cuidados e responderam de forma muito positiva, já que foram poucos os faltosos, e seguiram de forma regrada e

comprometida com tudo que lhes foi proposto. Esta resposta positiva por parte dos doentes foi demonstrada no decorrer da intervenção onde eles expressavam verbalmente a sua satisfação e também os ACS sempre traziam alguma informação neste sentido. Sem dúvidas, a continuidade da intervenção na rotina da equipe vai proporcionar melhoria na qualidade de vida e evitar danos graves que poderiam surgir pela falta de cuidados preventivos. Dessa forma, a intervenção foi muito importante na melhoria do cuidado prestado ao usuário e no vínculo com a comunidade, onde a informação é passada entre cada um e aumenta o interesse na procura dos cuidados de saúde.

O que poderia ser melhorado na intervenção, no meu ponto de vista, é ter dado mais atenção a busca ativa, mais tempo dedicado as visitas aos domicílios e mais atividades educativas com os usuários e a comunidade, pois este foi um ponto fraco durante a intervenção e acredito que com a continuidade isto tende a melhorar uma vez que já teremos um dinamismo maior porque, no princípio tivemos que organizar o trabalho, criar uma rotina mais abrangente que custou um certo tempo que agora nos irá proporcionar uma melhor rentabilidade do mesmo. Então acreditamos que com o apoio da equipe e gestão, poderemos dar continuidade e melhoria a estas ações.

Uma vez que já pomos em prática a intervenção, ela é viável e já está incorporada na rotina da equipe e do serviço. Por isso, deve seguir na busca por obter os 100% dos usuários com HAS e DM cadastrados e acompanhados na UBS e continuar com o rastreio para verificar os que ainda não estão diagnosticados e cadastrados.



## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Foi realizado dentro do curso de especialização da UFPeL vinculada ao Programa Mais Médicos um trabalho de intervenção na ação programática “Atenção aos Hipertensos e Diabéticos” nas UBS Carnaubinha e Perobas em Touros, RN, com duração de 12 semanas. O objetivo da intervenção foi a melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos. Na área adstrita à nossa equipe de saúde existe 187 hipertensos e 61 diabéticos com 20 anos ou mais. A nossa meta foi cadastrar 60% dos hipertensos e diabéticos, uma vez que a cobertura para HAS e DM na UBS antes da intervenção era em torno dos 40% para a HAS e 50% para DM.

A metodologia da intervenção foi baseada nos protocolos fornecidos pelo Ministério da Saúde para ambas as doenças em 2013, os quais fornecem todas as diretrizes no que se referem aos exames laboratoriais, exames clínicos, periodicidade das consultas, terapêutica e encaminhamentos às especialidades. Para isso, foi utilizada uma ficha espelho de acompanhamento e uma planilha de coleta de dados para o monitoramento dos indicadores definidos no projeto.

No início da intervenção foram realizadas ações de formação da equipe com o objetivo de qualificar a equipe e padronizar a prática com base no modelo de atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos a ser incorporado. Para que este trabalho pudesse ser realizado foi necessário adequar a unidade com a organização dos ficheiros, equipamentos e também com os recursos da Secretaria de Saúde, uma vez que foram prescritos exames laboratoriais, encaminhamentos para especialistas, exames complementares e prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Nesta intervenção foi realizado o acompanhamento dos usuários moradores da comunidade, os quais foram cadastrados na ação programática, a partir da captação realizada pelos agentes comunitários na comunidade ou pela busca dos usuários à unidade. Durante as consultas de acompanhamento fizemos as medidas da pressão arterial e glicemia, solicitação e avaliação dos exames complementares e laboratoriais, avaliação da evolução do tratamento e reajuste da medicação, estratificação de risco, orientações aos usuários atendidos e, em caso de necessidade, encaminhamentos para outras especialidades. Os atendimentos foram registrados em ficha espelho de acompanhamento, permitindo monitorar a

periodicidade das consultas, exames, medições e os faltosos para realização da busca ativa. Nos casos de hipertensos e diabéticos descontrolados, estes eram manejados na unidade e os casos de diabetes descontrolados eram encaminhados para a urgência do hospital.

Para todos os usuários que apresentaram alguma dificuldade de locomoção foram realizadas as visitas domiciliares pela equipe que observavam como os usuários acamados estavam seguindo o tratamento no domicílio, quem os ajudavam e se as doses estavam sendo respeitadas. Além de comparecer às consultas, os usuários buscavam a unidade para realizar as medições da pressão arterial de controle. Houve uma grande adesão à ação programática e os usuários relataram bastante satisfação com a atenção prestada, pois gostaram da atenção e acolhimento que foi dada.

Conseguimos alcançar uma melhoria da cobertura da ação programática, cadastrando 63% (118) dos hipertensos e 62% (38) dos diabéticos da área de abrangência. Ainda, conseguimos melhorar a qualidade dos atendimentos, resultando em melhores indicadores de qualidade.

Os resultados alcançados com a intervenção foram, sem dúvidas, a sua incorporação à rotina da equipe. Uma vez que criamos um projeto participativo e trabalhamos ao máximo para que tudo fosse realizado com base neste modelo, com adaptação dentro das possibilidades da equipe e da UBS. Acredito que temos tudo para dar continuidade às ações da intervenção desde que a equipe continue trabalhando na unidade que as condições estruturais da UBS possam se manter minimamente como estão, sem pioras. É importante ainda que, no futuro, haja uma maior rapidez no encaminhamento dos usuários para consultas com especialistas que existam no município. É fundamental que os exames complementares sejam obtidos com rapidez e, que não haja faltas de estoque de medicamentos na farmácia da unidade para não haver interrupção do tratamento, por isso contamos com o empenho e dedicação por parte da gestão municipal para que essas falhas sejam reprimidas e superadas já que o nosso maior objetivo é a prevenção,

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Venho informar que foi realizado dentro do curso de especialização do Programa Mais Médicos um trabalho de intervenção na ação programática “Atenção aos Hipertensos e Diabéticos” nas UBS Carnaubinha e Perobas no município de Touros-RN. Este trabalho está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas, foram cadastrados 187 hipertensos e 61 diabéticos com 20 anos ou mais. Foram acompanhados 118 hipertensos e, 38 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área

Os resultados alcançados foram bastante positivos e ajudaram para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população. Ainda, é importante dizer que a intervenção não acabou, porque a equipe da unidade de saúde vai continuar com o trabalho para alcançar ainda mais melhorias.

Neste trabalho foi realizado o atendimento e acompanhamento dos usuários moradores de Carnaubinha e Perobas, os quais foram cadastrados na ação programática, a partir da lista realizada pelos agentes comunitários na área ou pela vinda dos usuários à unidade. Durante as consultas de acompanhamento fizemos as medidas da pressão arterial, glicemia, solicitação e avaliação dos exames, avaliação da evolução do tratamento, reajuste da medicação, orientações aos usuários atendidos e, em caso de necessidade, encaminhamentos para especialistas. Nos casos de crise hipertensiva e diabéticos descontrolados, estes eram tratados na unidade ou encaminhados para a urgência do hospital.

Para todos os usuários que apresentaram alguma dificuldade de locomoção foram realizadas as visitas domiciliares pela equipe que observavam como os usuários acamados estavam seguindo o tratamento no domicílio, quem os ajudavam e se as doses estavam sendo respeitadas. Além de comparecer às consultas, os usuários buscavam a unidade para realizar as medições da pressão arterial de controle. Houve uma grande adesão à ação programática e os usuários relataram bastante satisfação com a atenção prestada, pois gostaram da atenção e acolhimento que foi dada.

A comunidade ganhou um acompanhamento mais próximo, mais completo e mais eficaz com uma maior atenção. Os usuários tiveram maior informação da doença, conhecimento da necessidade de ser acompanhado e maior acesso aos

exames complementares, o que foi importante para o controle do desenvolvimento da doença e o seu acompanhamento.

Podemos dizer que sem a participação da comunidade este trabalho não seria possível ou não alcançaríamos os mesmos resultados. A comunidade tem um papel muito importante, uma vez que todo o trabalho realizado é uma busca para a melhoria da atenção nos cuidados de saúde, que devem ser aprimorados a cada instante. A adesão e a participação de todos é fundamental para alcançarmos este objetivo. A continuidade dos trabalhos deve ser mantida e por isso todos devem participar transmitindo a informação aos demais membros da comunidade que raramente frequentam a unidade, para que estes também participem do rastreio, diminuindo o risco da doença.

Outro fator muito importante para melhorar a qualidade de vida é ter hábitos de alimentação saudável com controle de peso, prática regular de atividade física como por exemplo, uma simples caminhada , abandono de consumo de álcool e tabagismo. Uma vida com hábitos saudáveis é importante para todos como forma de promoção de saúde e prevenção.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Quando o curso de Especialização em Saúde da Família EaD da UFPEL iniciou, para mim, foi uma grande novidade, nunca tinha tido a oportunidade de fazer um curso à distância e no princípio estava bem atrapalhado, porque não tinha toda a habilidade e estrutura necessária para realizar as atividades. Com o passar do tempo fui me adaptando e hoje posso dizer que já estou bastante familiarizado e tranquilo com as ferramentas do curso.

Foi muito interessante para o meu aprendizado, aprofundou os meus conhecimentos principalmente no que se refere aos hipertensos e diabéticos, forneceu ferramentas para utilizar na prática diária na minha unidade de saúde, que acredito estar bastante melhorada com a intervenção.

O curso forneceu todo material didático necessário para a realização das tarefas, elaborou casos clínicos que foram muito úteis nos esclarecimentos das doenças, e também criou fóruns com temas referentes a cada tarefa da semana que não só ajudou com a troca de informação entre os colegas como também foi um auxiliar muito útil no aprendizado e fluidez da língua portuguesa, muito importante para todos nós estrangeiros que fazemos parte do programa.

O curso também forneceu a todos nós participantes um orientador, no meu caso uma orientadora, que foi de fundamental importância, pois foi com ela que eu retirei todas as minhas dúvidas, que esteve sempre presente e me esclareceu e auxiliou nas elaborações dos trabalhos.

A intervenção, realizada por meio do curso, foi uma componente prática que me deu muita satisfação em desenvolver, pois reforçou ainda mais a consciência que eu já tinha em relação à necessidade de melhorar a qualidade da atenção prestada aos usuários da nossa área de abrangência, em especial aos hipertensos e diabéticos com 20 ou mais. A intervenção surgiu neste sentido e, com base em todas as orientações fornecidas pelo curso, conseguimos envolver a equipe, gestores e comunidade nesta proposta e atingir os resultados desejados, o que gerou uma grande satisfação não só na equipe, mas também na comunidade.

Ainda com relação ao curso achei que houve uma excessiva carga teórica com muitos textos que deveríamos ler, tirar conclusões e fazer resumos, o que

acabou por ser muito cansativo, pois, depois de uma jornada de trabalho em condições nada favoráveis, ainda tínhamos trabalhos de casa. Sei que nos foi dado 8 horas semanais, mas este tempo não foi o suficiente para conseguir acompanhar o curso em toda a sua programação.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. 2013.

Divisão Nacional de Doenças Crônicas Degenerativas - Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Estimativa de Prevalência de Hipertensão Arterial na População Adulta - Brasil- 1984. 1988.

SWALES, J. D. Manual de Hipertensão. Portugal:Editora Mc Graw-Hill de, Ida., 1996.

## **Anexos**



**Anexo A - Documento do comitê de ética**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1														
Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista da Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	10	MARLENE CARDOSO SOUZA	34	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1
	11	GERMÃO JOSE RODRIGUEZ	74	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1
	12	FRANCISCA MARIA DE JESUS CORRÊA	62	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1
	13	ISIDORO MARQUEZ MOURA	72	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1
	14	FRANCISCO MARQUEZ DE MOURA	45	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1
	15	RAIMUNDO NOBREGA DE MOURA	38	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1
	16	MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA	66	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1
	17	YUDITE MARIA DA CONCEIÇÃO SANTOS	67	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1
	18	FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO SANTOS	75	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1
	19	EDSON SAMPAIO DE CARVALHO	60	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1
	20	FRANCISCA ALVES ALMEIDA DE CARVALHO	59	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1
	21	ANTÔNIA MARIA DE JESUS CORREIA	60	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1
	22	ROSA ALVES ALMEIDA	86	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1
	23	MISSIAS FERNANDEZ NUNEZ	89	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1
	24	SELEDONIO CERQUEIRA CARDOSO	53	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1
	25	MARIA DO CARMO PEREIRA SILVA FERNANDES	57	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1
	26	MARIA MACHADO DE SOUZA	77	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1
	27	MARIA DE JESUS DA SILVA	53	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1
	28	FAVIO DE SOUZA DOS SANTOS	15	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1
	29	IRACEMA MARIA DE SOUZA MACHADO	55	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1
	30	ANTONIO NUNEZ MACHADO	64	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1
	31	CLAUDIA CERQUEIRA DE CARVALHO	43	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1
	32	FRANCISCA CERQUEIRA PEREIRA DE CARVALHO	49	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1
	33	ANTONIO MACHADO CARVALHO	61	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1
	34	ANTÔNIA CERQUEIRA PEREIRA	38	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1
	35	FRANCISCO MACHADO DE CARVALHO	76	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1

